



UC/FPCE_2012

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

A Influência da Exposição a Maus-Tratos e das Estratégias Cognitivas de Regulação Emocional no Desenvolvimento da Perturbação Depressiva *Major* na Adolescência

Sabrina Ferreira Andrade (ferreiraandrade.sabrina@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde, na sub-área de especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde, sob a orientação do Professor Doutor José Augusto Pinto Gouveia

A Influência da Exposição a Maus-Tratos e das Estratégias Cognitivas de Regulação Emocional no Desenvolvimento da Perturbação Depressiva *Major* na Adolescência

A Perturbação Depressiva *Major* é uma das perturbações psicológicas com maior prevalência na adolescência, tendo a sua incidência aumentado nas últimas décadas. A probabilidade de desenvolver esse quadro clínico aumenta significativamente na adolescência, sendo mais proeminente nas raparigas do que nos rapazes. Esse aumento apresenta, como uma das suas principais causas, a coexistência de stresse psicossocial significativo com o desenvolvimento de competências de *coping*.

Contudo, é necessária uma maior compreensão dos factores de vulnerabilidade para o desenvolvimento da Perturbação Depressiva *Major* na adolescência, no sentido de contribuir para uma maior eficácia na detecção precoce de adolescentes em risco de desenvolvimento desse quadro clínico, bem como na prevenção e no tratamento do mesmo.

Deste modo, o presente estudo tem como objectivo avaliar, para cada género separadamente, em que medida a exposição a maus-tratos na infância e/ou na adolescência, bem como as estratégias cognitivas de regulação emocional adoptadas relativamente a acontecimentos de vida stressantes, predizem a sintomatologia depressiva na adolescência.

Para tal, foi realizado um estudo longitudinal com um *follow-up* de um ano, no qual 117 adolescentes da população geral, com idade compreendida entre os 12 e os 14 anos (no primeiro momento de avaliação), responderam a questionários.

Os resultados demonstram que, nos sujeitos do sexo feminino, a Reorganização Positiva, o Replaneamento, a Reavaliação Positiva e o Pôr Noutra Perspectiva constituem factores de protecção ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva; ao passo que a Catastrofização consiste num factor de risco para o mesmo. Ainda em relação à sub-amostra feminina, a exposição a maus-tratos constitui um factor de vulnerabilidade ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva. Nas raparigas adolescentes, a relação entre a exposição prévia a maus-tratos e a sintomatologia depressiva parece ser mediada parcialmente pela frequência do uso de determinadas estratégias cognitivas de regulação emocional específicas. Nos rapazes adolescentes, nenhuma das variáveis estudadas se revela factor preditor de sintomatologia depressiva.

Os resultados obtidos denotam a importância de programas de prevenção e de tratamento desse quadro clínico nos adolescentes, que incluam, entre outros alvos, as estratégias cognitivas de regulação emocional e que considerem os adolescentes expostos a maus-tratos como pertencendo a um grupo de risco específico.

Palavras-chave: depressão, adolescência, maus-tratos, estratégias cognitivas de regulação emocional.

The Influence of Exposure to Maltreatment and Cognitive Emotion Regulation Strategies on the Development of Major Depressive Disorder in Adolescence

Major Depressive Disorder is one of the most prevalent psychological disorders in adolescence, and its incidence has increased over the last decades. The likelihood of developing this clinical entity significantly increases in adolescence and is more prominent in girls than in boys. This increase has, as one of its main causes, the coexistence of significant psychosocial stress and the development of coping skills.

However, we need a better understanding of the vulnerability factors for the development of Major Depressive Disorder in adolescence, in order to contribute to a greater effectiveness in the early detection of adolescents at risk for developing this clinical entity, as well as in its prevention and treatment.

Thus, this study aims to evaluate, separately for each gender, to what extent exposure to maltreatment in childhood and/or adolescence, as well as the cognitive emotion regulation strategies used concerning stressful life events, predict depressive symptoms in adolescence.

To this end, a longitudinal study was conducted with a follow-up of one year, in which 117 adolescents from general population, aged between 12 and 14 years at the first evaluation, replied to questionnaires.

The results concerning girls demonstrate that Positive Refocusing, Refocus on Planning, Positive Reappraisal and Putting into Perspective are protective factors for the development of depressive symptoms, whereas Catastrophizing is a risk factor for it. Still with regard to girls, exposure to maltreatment proves to be a vulnerability factor to the development of depressive symptoms. In adolescent girls, the relationship between previous exposure to maltreatment and depressive symptomatology seems to be partially mediated by the frequency of use of specific cognitive emotion regulation strategies. In adolescent boys, none of the variables studied appears to be a predictor variable of depressive symptoms.

The results show the importance of prevention and treatment programmes of this clinical entity for adolescents, which targets, among others, the cognitive emotion regulation strategies and which consider adolescents exposed to maltreatment as belonging to a specific risk group.

Keywords: depression, adolescents, maltreatment, cognitive emotion regulation strategies.

Agradecimentos

Acima de tudo, aos meus pais, pelo carinho, pela dedicação, pelas palavras de incentivo, pelo apoio incondicional e pelos sacrifícios que tornaram o meu percurso académico exequível.

À minha irmã, pela cumplicidade que nos acompanhou toda a vida e por ainda despertar em mim as “brincadeiras de criança” que tornaram este percurso mais doce.

À Mimi, à Tecas, à Iôio, à Lipita e à Kiki pela sincera amizade e por serem a prova de que a distância e o tempo não a esbatece.

Às minhas amigas, Joana, Renata, Juliana e Vanessa, que me acompanharam neste percurso académico e com quem partilhei a paixão pela psicologia, o meu obrigada pelo companheirismo, pelas gargalhadas, lágrimas e desabafos partilhados... pelos momentos únicos de diversão e irreverência que me fizeram afeiçoar a Coimbra e ao seu “espírito académico”.

Às “companheiras de luta”, Soraia, Eduarda e Renata, minhas colegas de Mestrado, pelo companheirismo e apoio mútuo que permitiu fazer frente e ultrapassar vários obstáculos.

Às escolas, aos alunos e aos respectivos encarregados de educação que se disponibilizaram a participar nesta investigação, o meu obrigada pela dedicação e pelo empenho.

À Professora Doutora Ana Paula Matos pela aprendizagem concedida e por me ter demonstrado que as dificuldades fazem parte do caminho que nos leva ao alcance dos nossos objectivos.

À Doutora Sónia Cherpe pela sua disponibilidade, acessibilidade, atenção e boa disposição.

Índice

Introdução.....	1
Enquadramento Teórico.....	2
1. A Perturbação Depressiva <i>Major</i> na Adolescência.....	2
2. A Regulação Emocional.....	5
2.1.Estratégias Cognitivas de Regulação Emocional	7
2.2.A Regulação Emocional e a Perturbação Depressiva <i>Major</i>	8
3. Os Maus-Tratos Infantis.....	10
3.1.Consequências dos Maus-Tratos Infantis.....	10
Objectivos.....	12
Metodologia.....	13
1. Desenho do Estudo.....	13
2. Caracterização da Amostra.....	13
3. Procedimentos de Recolha de Dados.....	14
4. Procedimentos Estatísticos.....	15
5.Instrumentos Utilizados.....	16
Resultados.....	19
Discussão dos Resultados.....	33
Conclusões.....	39
Bibliografia.....	40

Introdução

O pressuposto de que a Perturbação Depressiva *Major* nos adolescentes reflecte meramente dificuldades transitórias já não é actualmente aceite (Essau & Chang, 2009). De facto, consiste na perturbação mental que apresenta as taxas de morbilidade e mortalidade mais elevadas (The World Health Report, 2001). A presença desse quadro clínico no adolescente pode prejudicar o desenvolvimento, comprometendo a aquisição de competências apropriadas à adolescência (Compas, Jaser & Benson, 2009). Para além do sofrimento clínico e dos danos funcionais numa ou em várias áreas da vida, a Perturbação Depressiva *Major* na adolescência aumenta o risco de suicídio (Harrington et al., 1990, citado em Essau & Chang, 2009), aumenta a probabilidade de desenvolver outras perturbações psicológicas e/ou problemas comportamentais (Fombonne, Wostear, Cooper, Harrington and Rutter, 2001) e aumenta o risco de recorrência de episódios depressivos na idade adulta (Fombonne et al., 2001; Pine, Cohen, Cohen, & Brook, 1999). Essas consequências negativas que têm um efeito a longo prazo, bem como o aumento significativo da prevalência da Perturbação Depressiva *Major* na adolescência, revelam a importância de alargar o conhecimento sobre os factores de risco e de protecção desse quadro clínico nesse período de vida específico.

A literatura (Alberto, 2006; Hovens et al., 2010; MacMillan et al., 2001; Molnar, Berkman, & Buka, 2001) revela que a exposição a maus-tratos na infância e/ou na adolescência não só pode causar danos significativos no desenvolvimento da vítima, como também está associada à psicopatologia na idade adulta. Também tem sido obtida evidência empírica sobre o papel significativo das estratégias cognitivas de regulação emocional (relativamente a acontecimentos de vida negativos) no desenvolvimento de problemas emocionais, em particular, perturbações depressivas e de ansiedade (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001; Garnefski & Kraaij, 2006; Garnefski et al., 2007).

Por conseguinte, o presente trabalho de investigação debruça-se no estudo da influência da exposição a maus-tratos e das estratégias cognitivas de regulação emocional no desenvolvimento da Perturbação Depressiva *Major* nos adolescentes. Foi estudado o seguinte: que estratégias cognitivas de regulação emocional constituem factores de protecção ou de risco para a sintomatologia depressiva; em que medida a exposição prévia às diferentes formas de maus-tratos na infância e/ou na adolescência prediz o desenvolvimento da sintomatologia depressiva; em que medida a influência conjunta da exposição a maus-tratos e das estratégias cognitivas de regulação emocional prediz o desenvolvimento da sintomatologia depressiva; e, por fim, o efeito mediador das estratégias cognitivas de regulação emocional na relação entre a exposição prévia a maus-tratos e a sintomatologia depressiva, no sentido de avaliar se, face a experiências prévias de maus-tratos, determinadas estratégias cognitivas de regulação emocional tornam os adolescentes mais vulneráveis ou mais resilientes ao desenvolvimento da sintomatologia depressiva.

Em última análise, pretende-se com o conhecimento obtido, possibilitar

uma maior compreensão dos factores de protecção e de risco para a Perturbação Depressiva *Major* no sentido de contribuir para uma maior eficácia na detecção precoce de adolescentes em risco de desenvolvimento desse quadro clínico, bem como na prevenção e no tratamento dessa perturbação em adolescentes.

I - Enquadramento Teórico

1. A Perturbação Depressiva *Major* na Adolescência

A adolescência consiste num período do ciclo de vida caracterizado por mudanças desenvolvimentais significativas a nível biológico, cognitivo e social (Feldman & Elliot, 1990). Essas transformações possibilitam o desenvolvimento de novas competências por parte do adolescente que tem como principal tarefa desenvolvimental, a aquisição da autonomia (Compas, Jaser & Benson, 2009; Cicchetti & Rogosch, 2002).

A Perturbação Depressiva *Major* consiste numa perturbação do humor, na qual ocorre um ou vários Episódios Depressivos *Major* sem história de Episódios Maníacos, Mistos ou Hipomaníacos. Um Episódio Depressivo *Major* é caracterizado principalmente por humor deprimido e/ou perda de interesse ou de prazer na maioria das actividades. É marcado pela presença de, pelo menos, cinco dos seguintes sintomas, quase todos os dias, durante a maior parte do tempo, e num período mínimo de duas semanas: perda ou aumento de peso ou de apetite; insónia ou hipersónia; agitação ou lentificação psicomotora; fadiga ou perda de energia; sentimentos de desvalorização e/ou culpa excessiva ou inapropriada; dificuldades em tomar decisões e/ou em concentrar-se; pensamentos sobre a morte, ideação suicida recorrente ou tentativa de suicídio; provocando mal-estar clinicamente significativo e/ou um défice funcional numa ou em várias áreas importantes da vida do sujeito (APA, 2006).

Por razões de ordem desenvolvimental, existem algumas particularidades nos sintomas característicos que as crianças e os adolescentes tendem a manifestar. No *Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais* (APA, 2006), são referidas as seguintes ressalvas: as crianças e os adolescentes podem manifestar, em vez de humor depressivo, humor irritável; e ao invés de apresentar perda ou aumento de apetite ou de peso, os sujeitos dessas faixas etárias podem apresentar, como característica sintomatológica, a ausência do aumento esperado de peso em função da idade. Por sua vez, Sadler (1991) refere outras manifestações clínicas específicas da depressão na adolescência resultantes de factores desenvolvimentais e contextuais: um desempenho escolar reduzido; o envolvimento em comportamentos de risco como o abuso de substâncias ou problemas de ordem sexual e queixas somáticas. Além disso, o mesmo autor revela que a depressão na adolescência está associada a distúrbios alimentares, distúrbios de conduta e um potencial risco de suicídio.

A Perturbação Depressiva *Major* é uma das perturbações com maior prevalência na adolescência. Uma revisão de estudos epidemiológicos (Bahls, 2002) revela que a prevalência desse quadro clínico nos adolescentes oscila entre 3,3 a 12,4%. A prevalência de sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes tem vindo a aumentar nos últimos 25 anos aproximadamente entre 10% a 17% (Collishaw, Maughan, Goodman, & Pickles, 2004). Os mesmos autores consideram que esse aumento se deve às mudanças ocorridas no contexto familiar, sobretudo no que diz respeito à taxa de divórcio e consequentes alterações na estrutura familiar.

Vários estudos indicam que a prevalência da depressão aumenta significativamente na adolescência, quer para o sexo feminino, quer para o sexo masculino (Papadakis, Prince, Jones, & Strauman, 2006; Saluja, Iachan, Scheidt, Overpeck, Sun, & Giedd, 2004; Ford, Goodman & Meltzer, 2003, citado em Calam & Bolton, 2009). A prevalência da taxa de sintomatologia depressiva começa a aumentar significativamente por volta dos 11 e 12 anos de idade (Saluja et al., 2004; Bahls, 2002). Quanto ao primeiro Episódio Depressivo *Major*, a idade média do seu aparecimento ronda os 15 anos (Lewinsohn & Essau, 2002). No período compreendido entre o meio e o final da adolescência, a população adolescente passa a apresentar taxas de sintomatologia depressiva sub-clínica e clínica semelhante às da população adulta (Bahls, 2002; Flemming & Offer, 1990, citado em Papadakis et al., 2006).

Apesar de, na infância, a prevalência da depressão ser semelhante entre os rapazes e as raparigas (Kovacs, 1996, citado em Papadakis et al., 2006); na adolescência, a probabilidade de experienciar sintomatologia depressiva (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994; Saluja et. al, 2004; Bahls, 2002) e níveis clinicamente significativos de depressão (Wade, Cairney, & Pevalin, 2002) passa a ser maior nas raparigas do que nos rapazes da mesma faixa etária. Saluja e seus colaboradores (2004) indicam os 11 anos de idade como o início da diferença de género relativamente à taxa de sintomatologia depressiva. Por volta dos 13 e 14 anos de idade (Wichstrom, 1999; Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley, & Andrews, 1993) as raparigas passam a apresentar o dobro da prevalência da depressão relativamente aos rapazes. Essa diferença de género mantém-se na adultez (Weissman et al., 1996, citado em Essau & Chang, 2009).

Vários factores individuais e contextuais predis põem os adolescentes ao desenvolvimento da depressão. Os principais factores contextuais são: experiências precoces de perda de figuras significativas, por exemplo, através da separação, da doença ou da morte; estilos parentais caracterizados pela rejeição, pelo criticismo excessivo e pela punição severa, que não promovem o desenvolvimento de um padrão de vinculação segura, nomeadamente o estilo parental autoritário e o negligente; exposição ao abuso; perda ou falta de relacionamentos positivos com os pares; exposição a problemas familiares, como o conflito conjugal entre os pais e a violência doméstica entre os mesmos; e psicopatologia dos pais, nomeadamente depressão, abuso de substâncias e/ou de álcool. Quanto às variáveis individuais, refere-se a vulnerabilidade genética, complicações pré- ou

perinatais; perda de saúde; temperamento inibido, uma baixa auto-estima e um locus de controlo externo (Carr, 2005).

Por sua vez, um conjunto de variáveis individuais constituem factores de protecção ao desenvolvimento da depressão nos adolescentes: a condição física e a prática regular de actividade física; um temperamento desinibido; uma elevada auto-estima; um locus de controlo interno; uma elevada percepção de auto-eficácia; um estilo atribucional optimista e estratégias de *coping* adaptativas. Quanto às variáveis contextuais que servem de factores protectores da depressão na adolescência, constam: uma vinculação segura do adolescente com as figuras parentais; a exposição a um estilo parental autoritativo; a satisfação conjugal dos pais; e um bom ajustamento psicológico dos mesmos, uma vez que têm mais recursos para lidar de forma adaptativa com as dificuldades do filho (Carr, 2005).

Segundo Carr (2005), os modelos cognitivos da depressão mais influentes são: a Teoria Cognitiva da Depressão desenvolvida por Beck (1967), e a Teoria Reformulada do Desânimo Aprendido desenvolvida por Abramson, Seligman e Teasdale (1978).

Beck, (1967, citado em Shortt & Spence, 2006) considera que as emoções e os comportamentos não são apenas determinados pelos acontecimentos, mas também pela interpretação dos mesmos. De acordo com a Teoria Cognitiva da Depressão (Beck, 1967, citado em Carr, 2005), esta pode ser precipitada por acontecimentos de vida que implicam perdas significativas, o que reactiva esquemas cognitivos negativos aprendidos na infância através de experiências precoces. Esses esquemas cognitivos negativos consistem em representações cognitivas estáveis acerca da visão negativa que o indivíduo tem de si próprio, dos outros e do mundo, e que, uma vez formadas, orientam o processamento da informação e constituem a vulnerabilidade cognitiva para a depressão. Face a acontecimentos de vida stressantes, esses esquemas cognitivos negativos são activados, provocando enviesamentos no processamento de informação - distorções cognitivas - que, por sua vez, geram pensamentos automáticos negativos considerados pelo doente como sendo verdades absolutas. Esses pensamentos automáticos negativos, baseados numa visão negativa de si, do mundo e do futuro, constituem a tríade cognitiva negativa e espoletam sintomas afectivos, cognitivos, comportamentais, somáticos e motivacionais característicos da depressão. Deste modo, os indivíduos com vulnerabilidade cognitiva para a depressão tendem a interpretar situações de forma distorcida e negativa, em consonância com os seus esquemas cognitivo negativos, o que leva à manutenção da depressão.

No que diz respeito à Teoria Reformulada do Desânimo Aprendido desenvolvida por Abramson, Seligman & Teasdale (1978), esses autores defendem que face a experienciação repetida de acontecimentos aversivos incontroláveis o indivíduo aprende que não há contingência entre as acções suas acções e os resultados destas, dando origem a um estilo cognitivo caracterizado por atribuições internas, globais e estáveis a experiências de insucesso e por atribuições externas, específicas e instáveis a experiências de sucesso. Deste modelo, estilo atribucional constitui vulnerabilidade cognitiva

para a depressão.

Rose e Abramson (1992) apresentam um modelo que constitui uma extensão da Teoria Reformulada do Desânimo Aprendido, e que explicita em que medida os acontecimentos de vida negativos ocorridos na infância podem contribuir para o desenvolvimento da vulnerabilidade cognitiva para a depressão. Mais especificamente, os autores defendem que face à ocorrência repetida de acontecimentos de vida adversos, como por exemplo, a exposição a maus-tratos, a criança passa a fazer atribuições e inferências características da *hopelessness depression* – depressão da desesperança. Com o passar do tempo, essas atribuições e inferências feitas a respeito de acontecimentos específicos são generalizadas para outras formas de acontecimentos de vida negativos e, eventualmente, podem culminar num estilo atribucional negativo para acontecimentos adversos em geral. Por fim, esses autores acrescentam que as experiências de abuso emocional são os acontecimentos de vida com maior probabilidade de desenvolver vulnerabilidade cognitiva para a depressão, uma vez que no abuso emocional as cognições negativas que a criança vai formando advêm de forma explícita das verbalizações abusivas que o adulto dirige à criança.

2. A Regulação Emocional

Segundo Thompson (1994, citado em Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001), a regulação emocional consiste nos processos internos e externos responsáveis pela iniciação, manutenção, ou modificação da qualidade, intensidade ou duração de uma resposta emocional, com o intuito de alcançar determinado objectivo. A regulação emocional pode ser caracterizada como sendo intrínseca, quando o próprio sujeito regula as suas emoções; ou como sendo extrínseca, quando as emoções do sujeito são reguladas por outros (Gross & Thompson, 2007).

Embora algumas conceptualizações sobre a regulação emocional, consideram que esta implica o controlo da experiência e da expressão emocional (nomeadamente das emoções negativas), importa frisar que a regulação emocional não envolve necessariamente a diminuição das emoções negativas. Saarni, Mumme e Campos (1998) defendem a distinção entre regulação emocional e controlo das emoções, uma vez que esse controlo implica restrição ou inibição emocional e a regulação emocional é definida em termos de modulação das emoções.

Os processos de regulação emocional podem ser automáticos ou controlados. Os processos regulatórios automáticos ou involuntários realizam-se com ou sem percepção consciente da ocorrência dos mesmos, mas sem controlo consciente. Por sua vez, os processos regulatórios voluntários ou controlados ocorrem com uma percepção consciente e são vivenciados como estando sob controlo pessoal (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001). Segundo Gross e Thompson (2007), a distinção entre processos automáticos e controlados não é estática,

uma vez que actos de regulação emocional controlados podem tornar-se, ao longo do tempo, automáticos e vice-versa.

A maioria das estratégias de regulação emocional face a acontecimentos stressantes são socialmente adquiridas, sobretudo através do contexto familiar e sensíveis ao desenvolvimento individual (Kovacs et al., 2006, citado em Compas, et al., 2009). No entanto, a regulação emocional também advém das diferenças temperamentais reveladas na primeira infância e que ocorrem sob a forma de processos automáticos de activação emocional como resposta à novidade, ao desconforto e à ameaça (Rothbart & Bates, 1998, citado em Compas, et al., 2009). Esses processos automáticos que têm como origem o temperamento, também foram constatados em adultos (Haas, Omura, Constable & Canli, 2007).

Vários autores (Gross et al., 2007; Garnefski et al., 2001; Garnefski, Baan, & Kraaij, 2005) defendem que determinada estratégia de regulação emocional não deve ser identificada *a priori* como sendo adaptativa ou mal-adaptativa, sem ter em conta as características do sujeito e as circunstâncias específicas em que esta ocorre.

Gross (1998a) desenvolveu o Modelo Processual da Regulação Emocional, que explicita as diferentes estratégias de regulação emocional às quais um indivíduo pode recorrer com o intuito de influenciar uma tendência de resposta emocional, ou seja, este modelo especifica processos implicados na modificação do curso das emoções.

De acordo com esse modelo, as emoções são desencadeadas pela percepção de um estímulo relevante para o sujeito, que pode ser externo ou interno. A percepção do estímulo como sendo significativo activa tendências de resposta emocional que envolvem mudanças nos sistemas de resposta comportamental, experiencial e fisiológico. Depois da resposta emocional ser desencadeada, esta podem ser modulada através de diferentes estratégias de regulação emocional.

Gross (1998a) descreve cinco famílias de estratégias de regulação emocional às quais um indivíduo pode recorrer para modificar o curso das suas emoções (essas estratégias diferenciam-se na linha temporal da resposta emocional consoante a sequência aqui apresentada): selecção da situação, modificação da situação, modificação do foco atencional, modificação da cognição e modulação da resposta.

A *selecção da situação* refere-se à implementação de acções que propiciam ou evitam a ocorrência de uma situação que o sujeito considera ser provavelmente desencadeadora de emoções desejáveis ou indesejáveis. Quanto à *modificação da situação*, esta consiste nos esforços do sujeito para alterar directamente a situação, com o intuito de modificar o seu impacto emocional. Não sendo possível mudar de situação ou modificá-la, é ainda possível alterar o seu impacto emocional através da *modificação do foco atencional*, isto é, focalizando a atenção noutros estímulos existentes. Na sequência apresentada, também consta a *mudança da cognição*, que se refere à mudança do significado que o indivíduo atribuiu a determinada situação, quer mudando o que pensa sobre a mesma, quer mudando o que pensa sobre a sua capacidade para lidar com as exigências que a situação impõe. Depois

da resposta emocional ter sido desencadeada, o sujeito pode adoptar estratégias focadas na modulação desta, tendo como objectivo modificar directamente a dimensão fisiológica, experiencial e/ou comportamental da emoção experienciada. As estratégias mais comumente usadas para modular as respostas emocionais são: o exercício físico e o relaxamento que podem ser usados para diminuir os aspectos fisiológicos e experienciais de emoções desagradáveis; o consumo de álcool, drogas, cigarros e comida também são usados como estratégias de regulação emocional com o intuito de alterar a experiência emocional (Gross, 1998a). A supressão emocional também é uma estratégia frequentemente adoptada para modular a resposta emocional, e consiste na inibição consciente do comportamento de expressão emocional (Gross, Richards, & John, 2006, citado em John & Gross, 2007). No entanto, apesar de modificar a componente comportamental da emoção, esse tipo de estratégia não inibe a experiência da emoção indesejada e aumenta a activação do sistema simpático (Gross, 1998b).

2.1. Estratégias Cognitivas de Regulação Emocional

A regulação cognitiva das emoções consiste na forma como se lida cognitivamente com a recepção de informação emocionalmente activadora (Thompson, 1991, citado em Garnefski et al., 2001). Embora a capacidade de pensamento abstracto e de regulação das emoções através das cognições seja universal, existem diferenças individuais significativas na actividade cognitiva e no conteúdo dos pensamentos através dos quais um indivíduo regula as suas emoções como resposta a acontecimentos de vida indutores de stress (Garnefski & Kraaij, 2007).

Garnefski e seus colaboradores (2001) consideram a existência das seguintes estratégias cognitivas de regulação emocional, que se referem ao que os sujeitos tendem a pensar depois de experienciar acontecimentos de vida ameaçadores ou stressante: *culpabilização* – ter pensamentos que atribuem a culpa do que foi experienciado a si próprio; *culpa no outro* – ter pensamentos que atribuem a culpa do que foi experienciado às condições ambientais ou a outra pessoa; *aceitação* – ter pensamentos de aceitação do que foi experienciado e de resignação de si próprio ao que aconteceu; *ruminação* – pensar sobre as emoções e os pensamentos que estão associados ao acontecimento negativo; *reorganização positiva* – focar o pensamento em temas alegres e agradáveis em vez de pensar sobre o acontecimento indutor de stress; *replaneamento* - pensar sobre os passos a tomar e numa forma de lidar com o acontecimento negativo; *reavaliação positiva* – ter pensamentos que atribuem ao acontecimento indutor de stress, um significado positivo em termos de crescimento pessoal; *pôr noutra perspectiva* – ter pensamentos que minimizam a gravidade do acontecimento ou que relativizam o acontecimento comparando-o com outros; e *catastrofização* – ter pensamentos que enfatizam explicitamente o terror do

que foi experienciado.

2.2. A Regulação Emocional e a Perturbação Depressiva *Major*

Uma das principais características da Perturbação Depressiva *Major* consiste na experiencição reduzida de emoções positivas e na experiencição elevada de emoções negativas (nomeadamente, a tristeza e a irritabilidade). A mobilização e vivência de emoções positivas permite melhorar o humor, aumentar a motivação e incrementar o comportamento activo. Gerar e manter emoções positivas propicia a diminuição do risco do desenvolvimento de humor disfórico, nomeadamente face a situações de stress significativo (Compas, et al., 2009).

Nesse sentido, as estratégias de regulação emocional usadas desempenham um papel importante no desenvolvimento da Perturbação Depressiva *Major*. Vários estudos empíricos realizados em adolescentes demonstram que a vulnerabilidade para a depressão está associada a uma regulação emocional disfuncional (Silk, Steinberg & Morris, 2003; Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001; Garnefski & Kraaij, 2006; Garnefski et al., 2007).

No estudo de Silk e seus colaboradores (2003) realizado em adolescentes com idade compreendida entre os 12 aos 15 anos, no qual foram avaliadas as estratégias usadas para regular emoções negativas (a ansiedade, a tristeza e a raiva) enquanto respostas emocionais a acontecimentos do dia-a-dia, constatou-se que os adolescentes que apresentam emoções mais intensas e lábeis e uma regulação emocional menos eficiente apresentam índices mais elevados de sintomatologia depressiva e de problemas de comportamento. Nesse estudo, constatou-se também que lidar com emoções negativas através do evitamento ou do confronto involuntário (por exemplo, através da ruminação) conduz a uma regulação menos eficiente das emoções negativas e está associada a níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e de problemas de comportamento.

A propósito, refere-se que existem diferentes formas de responder ao sofrimento emocional de modo adaptativo ao invés de tentar controlar as emoções ou reduzir a activação emocional. Essa conceptualização enfatiza a funcionalidade das emoções e define a regulação emocional como tratando-se de um construto multidimensional que envolve: (a) consciência, compreensão e aceitação das emoções; (b) capacidade do indivíduo se envolver em comportamentos que estejam dirigidos para a prossecução os seus objectivos, durante a experiência de sofrimento emocional (c) uso flexível de estratégias situacionalmente apropriadas para modular a intensidade e/ou a duração de respostas emocionais ao invés de tentar eliminá-las totalmente (d) capacidade de experienciar emoções negativas como parte integrante da prossecução de actividades significativas para o sujeito. A existência de défices numa destas áreas indica dificuldades de regulação emocional (Gratz & Roemer, 2004).

No que concerne às estratégias cognitivas de regulação emocional em

particular, vários estudos (Garnefski et al., 2001; Garnefski et al., 2006; Garnefski et al., 2007), sugerem que ao usar determinadas estratégias cognitivas como resposta a acontecimentos de vida negativos, os sujeitos tornam-se mais vulneráveis ou mais resilientes ao desenvolvimento de problemas emocionais, nomeadamente perturbações depressivas e de ansiedade.

Quanto à depressão, constatou-se que o uso mais frequente das seguintes estratégias cognitivas de regulação emocional: a ruminação, a catastrofização e a culpabilização, está associado a um maior grau de sintomatologia depressiva; ao passo que, a adopção das estratégias cognitivas de reavaliação positiva e de reorganização positiva está associada a um menor número de sintomas depressivos, em adolescentes da população geral (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001; Garnefski & Kraaij, 2006). Em adultos da população geral (Garnefski & Kraaij, 2006), foram constatadas as mesmas relações significativas à excepção da reorganização positiva. Nos idosos (Garnefski & Kraaij, 2006), foram constatadas as mesmas relações significativas à excepção da reorganização positiva e da culpabilização. Por conseguinte as relações entre as estratégias cognitivas de regulação emocional e a sintomatologia depressiva parecem ser, de uma forma geral, semelhantes em populações de diferentes faixas etárias: adolescentes, adultos e idosos (Garnefski, 2006).

O estudo de Garnefski e seus colaboradores (2007) em adultos, distingue-se dos restantes por ter demonstrado prospectivamente que uma percentagem considerável de variância na sintomatologia depressiva (28%) e ansiosa (28%) pode ser explicada pelo uso, um ano mais cedo, das estratégias cognitivas referidas. Os factores preditores mais significativos de sintomatologia depressiva são a Reavaliação Positiva, a Catastrofização, a Ruminação e a Culpabilização.

A ruminação é uma das estratégias cognitivas de regulação emocional mais estudadas. Apesar de ser usada com o objectivo de reduzir a experiencição de emoções desagradáveis, o seu efeito é o oposto, uma vez que leva ao aumento da duração e da intensidade das mesmas (Gross, 2008). Segundo Nolen-Hoeksema (2000), esta estratégia constitui um factor preditor da Perturbação Depressiva *Major*, não só em relação ao aparecimento dos primeiros episódios, como também em relação à cronicidade desse quadro clínico. Além disso, de acordo com o mesmo autor, a ruminação também actua como factor de risco para o desenvolvimento de sintomatologia ansiosa e de comorbilidade entre esta e a sintomatologia depressiva. Estudos empíricos revelam diferenças de género no uso da ruminação, no sentido em que, quer na adolescência (Broderick, 1998), quer na adultez (Nolen-Hoeksema & Jackson, 2001), o sexo feminino tende a recorrer com mais frequência a essa estratégia para lidar com acontecimentos indutores de stresse. Se por um lado, as raparigas adolescentes recorrem mais à ruminação e a estratégias auto-focadas, os rapazes adolescentes recorrem mais à distracção e a estratégias focadas na resolução de problemas (Broderick, 1998). Para além da existência dessas diferenças de género, segundo Papadakis et al., (2006), o uso da ruminação

nas raparigas adolescentes também diverge em função da idade, uma vez que tende a aumentar à medida que esta aumenta.

3. Os Maus-Tratos Infantis

Os maus-tratos infantis consistem numa forma de violência aplicada contra uma criança. Apresenta-se a seguinte definição de *maus-tratos infantis*: “compreende todas as acções dos pais, familiares ou outros que provoquem um dano físico ou psicológico, ou que, de algum modo, lesionem os direitos e necessidades da criança no que diz respeito ao seu desenvolvimento psicomotor, intelectual, moral e afectivo. Compreende ainda a negligência definida como o conjunto de carências de ordem material e/ou afectiva que lesionem igualmente os direitos e as necessidades psicoafectivas e físicas da criança” (Montano & Faria, 1990, p. 193-194, citado em Alberto, 2006). Note-se que esta definição implica qualquer acto violento dirigido à criança, independentemente das normas socio-culturais poderem considerar determinados actos de violência como representando somente actos de educação e de disciplina. Não há uma definição do conceito *abuso infantil* que tenha sido consensualmente aceite devido às diferenças socio-culturais no que respeita os cuidados à criança e os referenciais pessoais desta (Alberto, 2006).

Os maus-tratos infantis podem assumir diferentes tipos de violência. Bernstein e Fink (1997) especificaram os seguintes: o abuso emocional, o abuso físico, o abuso sexual, a negligência emocional e a negligência física. O *abuso emocional* refere-se a insultos verbais por parte do adulto dirigidos à criança, de forma humilhante, depreciativa e/ou ameaçadora. Este tipo de abuso também pode ser exercido, castigando repetidamente a criança de forma injusta. Por sua vez, no *abuso físico*, a criança é agredida fisicamente pelo adulto, o que pode dar origem a ferimentos e contusões. O *abuso sexual* consiste no contacto ou comportamento sexual entre um adulto e uma criança, sendo esta coagida pelo adulto. A *negligência emocional* é definida como um tipo de maus-tratos, no qual os prestadores de cuidados não respondem às necessidades emocionais da criança, havendo escassas manifestações de afecto, uma atitude de indiferença face aos problemas e experiências da criança, falta de incentivo, apoio e promoção do sentimento de pertença. Por último, na *negligência física*, os prestadores de cuidados não satisfazem as necessidades básicas físicas da criança, como a alimentação, a segurança e/ou a habitação (Bernstein & Fink, 1997; Hovens et al., 2009).

3.1. Consequências dos Maus-Tratos Infantis

Os indivíduos não são todos afectados da mesma forma por acontecimentos adversos semelhantes. A propósito, apresenta-se um modelo integrado que compreende os factores que predizem o impacto da exposição

a maus-tratos para a vítima: as características do abuso (idade do sujeito quando começou a ser abusado; o grau de violência do abuso; o seu carácter recorrente ou único, contínuo ou descontínuo; as características do perpetrador; e a relação que este possui com o sujeito abusado); as características individuais do sujeito (genética; biologia; padrões de relacionamento interpessoal; crenças acerca de si próprio, dos outros e do mundo); os valores sociais e culturais que medeiam padrões de interacção entre os indivíduos; e as circunstâncias relacionais (o suporte social depois da ocorrência do abuso). Todos esses factores interagem entre si, influenciando mutuamente o funcionamento e adaptação do indivíduo abusado. Cada um desses factores tem uma importância relativa na influência exercida, quer no impacto do abuso, quer na expressão subsequente de distúrbios mentais (Everett, 2001).

Os maus-tratos na infância e/ou adolescência podem acarretar consequências graves a longo prazo para a vítima como défices no desenvolvimento físico, afectivo, social, cognitivo e/ou comportamental (Alberto, 2006). A maioria das consequências que a exposição ao abuso acarreta a longo prazo, resulta da componente emocional ou psicológica dos maus-tratos (Wolfe, 1987, citado em Starr, MacLean, & Keating, 1991). Segundo o mesmo autor, experiências de maus-tratos geram na criança sentimentos de desvalorização de si própria, decorrentes do facto de encarar as atitudes negligentes e/ou agressivas dos prestadores de cuidados como actos de rejeição, o que acaba por influenciar a visão que tem de si própria. Além disso, estudos revelam que os maus-tratos estão associados a um maior risco de desenvolver uma ou mais perturbações psicológicas (Hovens et al., 2010, MacMillan et al., 2001; Molnar, Berkman, & Buka, 2001).

Num estudo transversal, Hovens e seus colaboradores (2010), demonstraram que uma maior exposição (em termos de frequência dos episódios de abuso) a negligência emocional e aos abusos físico, sexual e emocional (a negligência física não foi contemplada neste estudo) ocorridos na infância e/ou na adolescência estão fortemente associados a uma maior prevalência, na idade adulta, de distúrbios de ansiedade, de depressão e comorbilidade entre ambos. Em todos esses tipos de maus-tratos, as correlações mais fortes (sendo todas elas fortes) foram constatadas nos sujeitos com comorbilidade ansiedade-depressão. O facto da média da idade da amostra ser de 41 anos, sugere que o trauma na infância tem efeitos a longo prazo.

Por sua vez, MacMillan, e seus colaboradores (2001), num estudo transversal, constataram que uma história de abuso sexual e/ou físico na infância está fortemente associada à presença de psicopatologia a longo-prazo (dos 15 aos 64 anos) quer no sexo feminino, quer no sexo masculino, sendo essa relação mais forte nas mulheres. Segundo os mesmos autores, a psicopatologia associada a esses dois tipos de abuso refere-se a perturbações de ansiedade, à Perturbação Depressiva *Major*, ao abuso de álcool e à Perturbação de Conduta.

Por fim, o estudo transversal de Molnar e seus colaboradores (2001), cuja amostra tem uma idade compreendida entre os 15 e os 54 anos, revela a

existência de uma relação forte entre a exposição ao abuso sexual (na infância e/ou na adolescência) e a psicopatologia, nomeadamente perturbações depressivas, de ansiedade, e de abuso de substâncias e/ou de álcool, quer no sexo feminino, quer no sexo masculino. Em relação ao género feminino, esses autores constataram também que, quanto mais próxima for a relação, antes da ocorrência do abuso, entre a vítima e o perpetrador e quanto mais recorrentes forem os episódios de abuso, mais severas são as consequências do mesmo para o sujeito abusado.

II - Objectivos

Este estudo insere-se num projecto de investigação mais amplo que tem como finalidade identificar e avaliar factores predictores (de risco e de protecção) da depressão nos adolescentes Portugueses, bem como estudar a eficácia de um programa de prevenção destinado a adolescentes em risco de depressão.

Dada a necessidade de obter um conhecimento mais exaustivo nesse domínio, o presente estudo tem como principal objectivo avaliar em que medida as estratégias cognitivas de regulação emocional adoptadas (face a acontecimentos de vida stressantes) e a exposição prévia a maus-tratos na infância e/ou na adolescência influenciam o desenvolvimento de sintomatologia depressiva na adolescência.

Por conseguinte, foram definidos os seguintes objectivos específicos: 1) avaliar o poder preditivo de cada uma das variáveis seguintes: as estratégias cognitivas de regulação emocional, a exposição a maus-tratos e a sintomatologia depressiva, no desenvolvimento de sintomatologia depressiva um ano depois; 2) avaliar a influência conjunta dos maus-tratos em geral e das estratégias cognitivas de regulação emocional no desenvolvimento de sintomatologia depressiva, bem como determinar qual das variáveis constitui o melhor preditor; 3) avaliar o efeito mediador das estratégias cognitivas de regulação emocional na relação entre a exposição a maus-tratos e a sintomatologia depressiva.

De acordo com os objectivos estipulados e a literatura revista, pretende-se testar a veracidade das seguintes hipóteses de investigação:

H1: os sujeitos do sexo feminino apresentam valores mais elevados de sintomatologia depressiva do que os do sexo masculino;

H2: a sujeitos com maior idade está associada sintomatologia depressiva mais severa;

H3: quanto mais frequente é a exposição a maus-tratos relatada no Tempo 1, mais elevados tendem a ser os índices de sintomatologia depressiva apresentada no Tempo 2;

H4: a exposição a maus-tratos é um preditor mais forte de sintomatologia depressiva no sexo feminino do que no sexo masculino;

H5: quanto maior é a frequência da Culpabilização, Ruminação e Catastrofização no Tempo 1, maior é a severidade da sintomatologia depressiva apresentada no Tempo 2;

H6: quanto maior é a frequência da Reavaliação Positiva no Tempo 1, menor é a gravidade da sintomatologia depressiva apresentado no Tempo 2;

H7: as estratégias cognitivas de regulação emocional têm um efeito mediador na relação entre a ocorrência de abuso e a sintomatologia depressiva.

III – Metodologia

1. Desenho do estudo

O presente estudo é longitudinal, tendo dois momentos de avaliação num *follow-up* de um ano.

2. Caracterização da amostra

No sentido de atingir os objectivos pretendidos, o presente estudo avalia uma amostra constituída por estudantes adolescentes da população geral. Trata-se de uma amostra de 117 sujeitos, dos quais 82 adolescentes pertencem ao sexo feminino ($n = 82$; 70.1%) e 35 adolescentes pertencem ao sexo masculino ($n = 35$; 29.9%).

No primeiro momento de avaliação (Tempo 1) deste estudo longitudinal (cf. Tabela A1, em anexo), os sujeitos da amostra tinham uma idade compreendida entre os 12 e os 14 anos e apresentavam uma média de idade igual a 13.13 anos (DP = 0.650), não havendo diferenças estatisticamente significativas entre as médias das idades dos dois géneros [$t_{(115)} = -1.083$, $p > 0.05$].

Esta amostra é composta por estudantes que frequentavam, no Tempo 1, o 7º, o 8º e o 9º ano do do ensino básico, quer em instituições públicas, quer em instituições privadas, apresentando um valor médio de ano de escolaridade equivalente a 7.83 (DP = 0.564). Foram reveladas diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros nas médias do ano de escolaridade [$t_{(50.633)} = -2.105$, $p < 0.05$].

Quanto à reprovação de ano(s) escolare(s), 94.0% dos sujeitos da amostra nunca reprovaram e 6.0% já reprovaram alguma vez. Não existem diferenças de género estatisticamente significativas relativamente a esta variável [$\chi^2_{(1)} = 0.006$; $p > 0.05$].

Quanto à região do país na qual os sujeitos residem, 6.8% da amostra reside na região norte litoral, 50.4 % na região centro litoral e 42,7% na região centro interior. Não foram constatadas diferenças de género estatisticamente significativas relativamente a esta variável [$\chi^2_{(2)} = 1.271$; $p > 0.05$].

Quanto à zona de residência, a zona urbana (87.2%) é a mais predominante em detrimento da zona sub-urbana (10.3%) e da zona rural

(2.6%). Não existem diferenças de género estatisticamente significativas relativamente a esta variável [$\chi^2_{(2)} = 1.125; p > 0.05$].

No segundo momento de avaliação (Tempo 2) do estudo longitudinal (cf. Tabela B2, em anexo). Os sujeitos da amostra têm idade compreendida entre os 13 e os 15 anos e apresentam um valor médio equivalente a 14.13 anos (DP = 0.650), não havendo diferenças de género estatisticamente significativas relativamente à idade [$t_{(115)} = -1.083, p > 0.05$].

No Tempo 2, a amostra é composta por estudantes que frequentam o 8º, 9º e 10º ano de escolaridade, quer em instituições públicas, quer em instituições privadas, apresentando um valor médio de ano de escolaridade equivalente a 8.80 (DP = 0.545). Constatou-se a existência de diferenças de género estatisticamente significativas relativamente ao ano de escolaridade [$t_{(62.534)} = -2.280; p < 0.05$].

Quanto à reprovação de ano(s) escolare(s), 94.0% dos sujeitos desta amostra nunca reprovou e 6.0% reprovou, pelo menos, uma vez. Não existem diferenças de género estatisticamente significativas relativamente a esta variável [$\chi^2_{(1)} = 0.006; p > 0.05$].

Quanto à região do país, 50.4% dos adolescentes da amostra residem na região centro litoral, 42.7 % na região centro interior e 6.8% na região norte litoral. Não foram reveladas diferenças de género estatisticamente significativas relativamente a esta variável [$\chi^2_{(2)} = 1.271; p > 0.05$].

Quanto à zona de residência dos sujeitos da amostra, a zona urbana (87.2%) é a mais predominante em detrimento da zona sub-urbana (10.3%) e da zona rural (2.6%). Não foram reveladas diferenças de género estatisticamente significativas relativamente a esta variável [$\chi^2_{(2)} = 1.125; p > 0.05$].

3. Procedimentos de recolha de dados

Nesta investigação, a recolha de dados foi realizada através do preenchimento de 15 questionários de avaliação psicológica aplicados aos alunos (9 questionários) e a encarregados de educação (6 questionários) que concordaram participar. Esse protocolo de avaliação foi preenchido repetidamente em dois momentos de avaliação: em Maio de 2011 e em Maio de 2012.

Antes de proceder à recolha dos dados, foi requerida autorização à Direcção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular e à Direcção de Educação Regional do Centro para a realização do projecto de investigação, no qual o presente estudo se encontra integrado. Essa solicitação foi realizada antes do primeiro momento de avaliação deste estudo longitudinal.

Após a aprovação das entidades mencionadas, foram contactadas as escolas implicadas no projecto, no sentido de informar os Conselhos Executivos sobre a sua realização, bem como solicitar a participação da escola. Nas escolas que concordaram participar, foram contactados os directores de turma e os alunos, tendo sido explicado a natureza e finalidade

do estudo, o papel desempenhado pelos alunos, a natureza voluntária da sua participação, a confidencialidade dos dados recolhidos e a utilização dos mesmos somente para fins de investigação. Posteriormente, os alunos que demonstraram interesse em participar preencheram um consentimento informado e entregaram um outro aos respectivos encarregados de educação para informá-los sobre a investigação e averiguar se consentiam a sua participação e/ou a dos seus educandos.

Após a recolha das autorizações, foram distribuídos os questionários aos adolescentes e aos pais por intermédio dos directores de turma. No primeiro momento de avaliação, a administração dos instrumentos de avaliação aos adolescentes foi realizada em sala de aula, sendo novamente explicitadas a finalidade e a natureza da investigação.

No que diz respeito ao segundo momento de avaliação, tendo em conta que todas as autorizações necessárias à concretização do projecto foram obtidas no ano anterior para efeito de um estudo longitudinal, as solicitações da mesma não foram novamente redigidas, à excepção das escolas que exigiram um novo consentimento informado, quer dos alunos, quer dos respectivos encarregados de educação.

No segundo momento de avaliação, o preenchimento dos questionários foi realizado em casa. Esta foi uma condição imposta pelos directores dos Conselhos Executivos das escolas implicadas, por considerarem que o preenchimento dos questionários durante as aulas poderia comprometer o desempenho escolar dos alunos ao ocupar o tempo de duas aulas leccionadas (os alunos demoram cerca de 90 minutos a preencher os questionários).

4. Procedimentos estatísticos

Após a recolha dos dados, o tratamento e a análise estatística dos mesmos foram efectuados na versão 20.0 do programa informático *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS). Os procedimentos estatísticos usados nessa análise foram descritos juntamente com os respectivos resultados.

Tendo em conta as diferenças de género constatadas na literatura revista e que os resultados obtidos no presente estudo divergem entre o género feminino e o masculino, as análises estatísticas foram todas realizadas para cada género separadamente.

Tomando em consideração o Teorema do Limite Central¹, uma vez que a dimensão das duas subamostras referentes a cada género é suficientemente grande ($N > 30$), as violações dos pressupostos da normalidade das distribuições dos valores das variáveis em estudo não comprometem as

¹ O Teorema do Limite Central preconiza que, em amostras de dimensão superior a 30 sujeitos, a distribuição da média amostral é satisfatoriamente aproximada à normal (Marôco, 2011).

inferências estatísticas apresentadas. Deste modo, foram usados testes psicométricos na análise estatística dos resultados.

5. Instrumentos utilizados

Segue-se a descrição dos instrumentos de avaliação administrados, tendo em conta as variáveis em estudo.

O **Inventário de Depressão Infantil** (CDI - *Children's Depression Inventory*; Kovacs, 1983; versão Portuguesa: Marujo, 1994) consiste num questionário de auto-resposta que procura quantificar a gravidade dos sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais da depressão em sujeitos com idade compreendida entre os 7 e os 17 anos. Trata-se de um dos instrumentos mais aplicados na avaliação psicológica de crianças e adolescentes. Foi elaborado tendo por base o Inventário de Depressão de Beck (Simões, 1999).

Este questionário é composto por 27 itens, tendo cada um três alternativas de resposta relativamente ao que melhor descreve o que o sujeito tem pensado e como se tem sentido nas últimas duas semanas. Em função da resposta dada, os itens são cotados numa escala que oscila entre 0 (ausência de sintomas), 1 (sintoma moderado) e 2 (sintoma grave) pontos. A pontuação total varia entre 0 e 54 pontos. Quanto maior for a pontuação total obtida, mais severa é a sintomatologia depressiva apresentada (Simões, 1999).

No estudo da validação da versão original do CDI, Kovacs (1992, citado em Dias e Gonçalves, 1999) identificou 5 factores: Humor Negativo, Problemas Interpessoais, Ineficácia, Anedonia e Auto-Estima Negativa. Contudo, num estudo da versão portuguesa, Dias e Gonçalves (1999) não constatarem a existência de uma estrutura com 5 sub-escalas nesse inventário, mas sim de uma estrutura unifactorial.

A versão portuguesa do CDI apresenta uma boa consistência interna², com coeficientes Alpha de Cronbach de 0.80 e 0.84, segundo o estudo de Marujo (1994) e o de Dias e Gonçalves (1999), respectivamente.

Contudo, a interpretação deste questionário requer algum cuidado adicional, uma vez que, segundo Arnarson e Craighead (2009), a sua capacidade de diferenciação entre crianças com Perturbação Depressiva *Major* e crianças com outras perturbações emocionais (sobretudo, perturbações de ansiedade) parece questionável. No entanto, a gravidade dos sintomas depressivos apresentada nos resultados do CDI, constistuem um forte predictor de uma futura Perturbação Depressiva *Major* (Arnarson & Craighead, 2009).

² O índice da consistência interna foi interpretado de acordo com a classificação sugerida por Pestana e Gageiro (2008), na qual se considera que o Alpha de Cronbach de valor inferior a 0.6 indica uma consistência interna inadmissível; entre 0.6 e 0.7, fraca; entre 0.7 e 0.8, razoável; entre 0.8 e 0.9, boa; e entre 0.9 e 1, muito boa.

No presente estudo, a escala total do CDI do Tempo 1 apresenta uma boa consistência interna com um Alpha de Cronbach de 0.82. No que diz respeito às subescalas Humor Negativo, Problemas Interpessoais, Ineficácia, Anedonia e Auto-Estima Negativa, foram revelados, respectivamente, os coeficientes de Alpha de Cronbach: 0.51; 0.24; 0.63; 0.26 e 0.70.

Por sua vez, a escala total do CDI do Tempo 2 apresenta uma boa consistência interna, com um Alpha de Cronbach de 0.86. Em relação aos factores Humor Negativo, Problemas Interpessoais, Ineficácia, Anedonia e Auto-Estima Negativa, os valores de Alpha de Cronbach são, respectivamente: 0.63; 0.50; 0.64; 0.47 e 0.67.

Tendo em consideração os valores apresentados, de acordo com Pestana e Gageiro (2008), os factores do CDI, quer do Tempo 1, quer do Tempo 2, apresentam consistências internas inadmissíveis ou fracas. Por esse motivo e pelo facto de Dias e Gonçalves (1999) ter revelado a existência de uma estrutura unifactorial na versão portuguesa do CDI, os resultados dos factores desse inventário não são tidos em conta nas análises estatísticas, sendo apenas estudados os resultados referentes à escala total do CDI.

O Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ, Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P., 2001; tradução e adaptação de Cherpe, S., Matos, A. P., & Serra, A. R., 2009) consiste num instrumento de auto-resposta que avalia as estratégias cognitivas de regulação emocional a que os sujeitos com idade superior a 12 anos tendem a recorrer. Mais especificamente, o CERQ pretende avaliar o que os sujeitos costumam pensar depois de vivenciar experiências ameaçadoras ou acontecimentos de vida stressantes (Garnefski, Kommer, Kraaij, Kommer, Teerds, Legerstee & Onstein, 2002; Garnefski & Kraaij, 2007).

Este questionário é constituído por 36 itens, tendo cada um cinco opções de resposta, numa escala de Likert, que oscilam entre 1 [(*Quase Nunca*)] e 5 [(*Quase Sempre*)] (Garnefski & Kraaij, 2007). É composta por nove sub-escalas (com quatro itens incluídos em cada) que correspondem a diferentes estratégias cognitivas de regulação emocional, que foram diferenciadas com base teórica e empírica: Culpabilização; Culpa no Outro; Aceitação; Ruminação; Reorganização Positiva; Replaneamento; Reavaliação Positiva; Pôr Noutra Perspectiva e Catastrofização (Garnefski & Kraaij, 2007). Quanto mais elevada for a pontuação de determinada subescala, mais frequente é o uso da estratégia cognitiva em causa (Garnefski et al., 2002).

Quanto às qualidades psicométricas, a versão original do CERQ (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001) apresenta factores com uma boa consistência interna, tendo um Alpha de Cronbach compreendido entre 0.68 e 0.83. Essa versão original também apresenta uma boa fidelidade teste-reteste que varia entre $r = 0.40$ e $r = 0.60$. Segundo Garnefski e os seus colaboradores (2001), tal sugere que as estratégias cognitivas de regulação emocional contempladas nesse questionário constituem estilos cognitivos moderadamente estáveis.

No que diz respeito à consistência interna dos factores do CERQ do Tempo 1 usada no presente estudo, as estratégias Culpabilização, Aceitação,

Ruminação, Reorganização Positiva, Replaneamento, Revavaliação Positiva, Pôr Noutra Perspectiva, Catastrofização, Culpa no Outro apresentam, respectivamente, os seguintes Alpha de Cronbach: 0.79; 0.71; 0.76; 0.85; 0.83; 0.83; 0.68; 0.79 e 0.83.

No que diz respeito à consistência interna dos factores do CERQ do Tempo 2 usada no presente estudo, as estratégias Culpabilização, Aceitação, Ruminação, Reorganização Positiva, Replaneamento, Revavaliação Positiva, Pôr Noutra Perspectiva, Catastrofização, Culpa no Outro apresentam, respectivamente, os seguintes Alpha de Cronbach: 0.79; 0.67; 0.80; 0.83; 0.81; 0.80; 0.74; 0.80 e 0.83.

O **Childhood Trauma Questionnaire** (CTQ; Bernstein, D. P. & Fink, L., 2004; tradução e adaptação Cherpe, S.; Matos, A. P. & Pereira A. R., 2010) consiste num inventário retrospectivo de auto-resposta, desenvolvido para avaliar a ocorrência de abuso ou negligência durante a infância ou adolescência. Este questionário destina-se quer a adolescentes, quer a adultos, bem como a grupos clínicos ou não clínicos. Trata-se de um instrumento muito utilizado em pesquisas, na área forense e na área clínica. (Bernstein et al. 2003).

Este instrumento é constituído por 28 itens: 25 itens clínicos e 3 itens de validade que servem para detectar a sub-declaração de ocorrência de maltrato. As respostas são dadas, numa escala de Linkert de 5 pontos compreendida entre *Nunca Verdadeiro* e *Muito Frequentemente Verdadeiro*, de forma a especificar a frequência dos episódios do abuso. Deste modo, a pontuação total varia entre 5 e 25 (Bernstein et al., 2003). Esses autores subdividiram a versão original deste questionário em cinco factores através dos quais são avaliadas diferentes formas de maus-tratos: o Abuso Físico, o Abuso Sexual, o Abuso Emocional, a Negligência Física e a Negligência Emocional.

Pereira (2012) estudou o CTQ relativamente à população portuguesa e constatou a existência de 4 factores na estrutura desse questionário: Abuso Sexual, Negligência Emocional, Abuso/Negligência Física e Abuso Emocional. Esses factores apresentam uma boa consistência interna, revelando um Alpha de Cronbach que varia entre 0.709 e 0.898. Contudo, optou-se por adoptar a estrutura factorial da versão original do CTQ.

No presente estudo, a escala total do CTQ do Tempo 1 apresenta uma consistência interna razoável, apresentando um Alpha de Cronbach de 0.79. No que diz respeito aos factores Abuso Emocional, Abuso Físico, Abuso Sexual, Negligência Física e Negligência Emocional e Validade, foram revelados, respectivamente, os seguintes índices/valores de consistência interna: 0.68, 0.82, 0.82, 0.60, 0.82 e 0.54.

IV – Resultados

Estudo I: Estudo das relações entre as variáveis em estudo (CERQ, CTQ e CDI) e variáveis sócio-demográficas

1.1. Género

No sentido de avaliar a existência de diferenças de género no uso das estratégias cognitivas de regulação emocional no Tempo 1; na exposição a maus-tratos relatados no Tempo 1; e na sintomatologia depressiva apresentada no Tempo 2, realizaram-se testes t de Student para amostras independentes.

Foram constatadas diferenças de género significativas no uso da Ruminação [$t_{(115)} = -2.503, p < 0.05$]. Em média, os sujeitos do sexo feminino ($M = 12.65$; $DP = 3.55$) ruminam com mais frequência do que os do sexo masculino ($M = 10.89$; $DP = 3.33$), (cf. Tabela 3).

Existem também diferenças de género estatisticamente significativas [$t_{(115)} = -2.686, p < 0.05$] relativamente à exposição a maus-tratos (em geral), ao Abuso Físico (em particular) [$t_{(115)} = 2.200, p < 0.05$] e ao factor de validade do CTQ [$t_{(115)} = -2.686, p < 0.05$]. Em média, os sujeitos do sexo masculino ($M = 34.91$; $DP = 14.03$) relatam episódios mais frequentes de exposição a maus-tratos do que o sexo feminino ($M = 29.50$; $DP = 5.68$). Quanto ao Abuso Físico, os rapazes ($M = 6.49$; $DP = 3.41$) também relatam uma exposição mais frequente do que as raparigas ($M = 5.21$; $DP = 0.70$). Em relação ao factor de validade do CTQ, os sujeitos do género masculino ($M = 10.94$; $DP = 2.34$) apresentam valores médios inferiores aos do género feminino ($M = 12.24$; $DP = 2.54$), o que sugere que houve uma maior sub-declaração de exposição a maus-tratos nas raparigas (cf. Tabela 4).

Por último, verificou-se que não existem diferenças de género estatisticamente significativas [$t_{(115)} = -1.619, p > 0.05$] relativamente aos valores médios da sintomatologia depressiva apresentada (cf. Tabela 5).

Tabela 3. Diferenças de gênero no uso das estratégias cognitivas de regulação emocional no Tempo 1

	Gênero				Total	
	Feminino		Masculino		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
Culpabilização	10.27	3.30	10.74	3.73	0.685	0.495
Aceitação	12.54	3.29	11.29	3.80	-1.879	0.063
Ruminação	12.65	3.55	10.89	3.33	-2.503	0.014
Reorganização Positiva	12.71	4.03	12.49	4.47	-0.263	0.793
Replaneamento	13.95	3.47	13.09	4.00	-1.180	0.241
Reavaliação Positiva	12.90	3.86	13.57	4.30	0.830	0.408
Pôr Noutra Perspectiva	11.76	3.32	11.86	3.69	0.146	0.884
Catastrofização	9.70	3.88	10.11	3.88	0.540	0.590
Culpa no Outro	8.07	3.50	8.34	3.50	0.382	0.703

Tabela 4. Diferenças de gênero na exposição a maus-tratos no Tempo 1

	Gênero				Total	
	Feminino		Masculino		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
Abuso Emocional	6.34	1.95	7.29	3.54	1.487	0.144
Abuso Físico	6.49	3.41	5.21	0.70	2.200	0.034
Abuso Sexual	5.23	0.92	6.11	2.79	1.827	0.076
Negligência Emocional	7.27	3.27	8.66	4.48	1.654	0.104
Negligência Física	5.45	1.18	6.37	2.64	1.983	0.054
Itens de Validade	12.24	2.54	10.94	2.34	-2.868	0.009
CTQ Total	12.24	2.54	10.94	2.34	-2.686	0.033

Tabela 5. Diferenças de gênero na sintomatologia depressiva do Tempo 2

	Gênero				Total	
	Feminino		Masculino		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
Total CDI	9.95	5.98	8.06	5.34	-1.619	0.108

1.2. Idade

No sentido de testar a existência de diferenças significativas em termos de idade no uso das estratégias cognitivas de regulação emocional no Tempo 1, na exposição a maus-tratos relatada no Tempo 1 e na sintomatologia depressiva apresentada no Tempo 2, efectuaram-se várias análises de variância univariada para amostras independentes. De seguida, realizaram-se comparações múltiplas de médias, através do teste *post-hoc* Bonferroni, tendo por objectivo identificar os grupos de idade que se diferenciam significativamente entre si.

Nos sujeitos do sexo feminino, existem diferenças significativas em termos de idade no uso da Aceitação [$F_{(2,79)} = 3.905, p < 0.05$] e da Catastrofização [$F_{(2,79)} = 5.494, p < 0.01$]. O teste *post-hoc* Bonferroni revela que as diferenças no uso da Aceitação existem entre os 13 e os 14 anos de idade ($p < 0.05$); e no uso da Catastrofização, entre os 13 e 15 anos ($p < 0.01$). As raparigas com 13 anos de idade recorrem, em média, à Aceitação com menos frequência ($M = 10.18$; $DP = 3.40$) do que as de 14 anos ($M = 13.15$; $DP = 3.10$). As raparigas com 13 anos de idade catastrofizam, em média, com menos frequência ($M = 6.82$; $DP = 1.99$) do que as de 15 anos ($M = 11.16$; $DP = 4.16$), (cf. Tabela C6).

Nos sujeitos do sexo masculino, existem diferenças estatisticamente significativas em função da idade relativamente ao uso da Reorganização Positiva [$F_{(2,32)} = 3.635, p < 0.05$] e da estratégia Pôr Noutra Perspectiva [$F_{(2,32)} = 5.520, p < 0.01$]. O teste *post-hoc* Bonferroni revelou diferenças estatisticamente significativas no uso da Reorganização positiva entre os 14 e os 15 anos de idade ($p < 0.05$) e na estratégia Pôr noutra Perspectiva entre os 14 e os 15 anos ($p < 0.01$). Os rapazes com 14 anos de idade recorrem em média mais à Reorganização Positiva ($M = 13.50$; $DP = 4.19$) do que os de 15 anos ($M = 9.00$; $DP = 3.59$). Por sua vez, no que respeita a estratégia Pôr Noutra Perspectiva, os rapazes com 14 anos de idade recorrem, em média, com mais frequência à mesma ($M = 13.00$; $DP = 3.03$) do que os de 15 anos ($M = 8.50$; $DP = 2.27$), (cf. Tabela D7).

Em ambos os géneros, não foi constatada a existência de diferenças significativas entre as diferentes idades no relato de exposição a maus-tratos e na sintomatologia depressiva apresentada (cf. Tabelas E8, F9, G10 e H11, em anexo).

Estudo II: Estudo das relações entre variáveis do Tempo 1 (CERQ e CTQ) e a sintomatologia depressiva do Tempo 2 (CDI)

2.1. Estudo da relação entre as estratégias cognitivas de regulação emocional e a sintomatologia depressiva

2.1.1 Correlações entre os factores do CERQ e o total do CDI

Para avaliar a existência de uma relação entre cada uma das diferentes estratégias cognitivas de regulação emocional adoptadas no Tempo 1 e a sintomatologia depressiva apresentada no Tempo 2, efectuaram-se análises

de correlação de Pearson³.

Quanto às raparigas, os resultados revelam a existência de uma relação linear negativa, baixa e estatisticamente significativa entre a sintomatologia depressiva do Tempo 2 e o uso das seguintes estratégias cognitivas de regulação emocional: a Reorganização Positiva ($r = -0.283$, $p < 0.05$), o Replaneamento ($r = -0.291$, $p < 0.05$), a Reavaliação Positiva ($r = -0.300$, $p < 0.01$) e Pôr Noutra Perspectiva ($r = -0.239$, $p < 0.05$). Tal sugere que quanto maior é o uso dessas estratégias cognitivas de regulação emocional no Tempo 1, menor tende a ser a sintomatologia depressiva no Tempo 2. Por sua vez, a Catastrofização tem uma relação linear positiva, baixa e estatisticamente significativa com a sintomatologia depressiva do Tempo 2 ($r = 0.271$, $p < 0.05$), o que significa que um maior recurso à Catastrofização no Tempo 1 está associado a um maior índice de sintomatologia depressiva no Tempo 2 (cf. Tabela 12).

Quanto aos rapazes, os resultados revelam que a sintomatologia depressiva do Tempo 2 não tem qualquer relação linear estatisticamente significativa com as dimensões do CERQ (cf. Tabela 13).

Tabela 12. Coeficiente de correlação de Pearson entre as estratégias cognitivas de regulação emocional (Tempo 1) e a sintomatologia depressiva (Tempo 2) no género feminino

	Total CDI
Culpabilização	0.121
Aceitação	-0.201
Ruminação	0.095
Reorganização Positiva	-0.283**
Replaneamento	-0.291**
Reavaliação Positiva	-0.300**
Pôr Noutra Perspectiva	-0.239*
Catastrofização	-0.271*
Culpa no Outro	0.053

*** $p < 0.001$

** $p < 0.01$

* $p < 0.05$

³ A interpretação dos dados obtidos tem por base a classificação sugerida por Pestana e Gageiro (2008): o valor absoluto do coeficiente de correlação de Pearson inferior a 0.2 indica uma associação linear muito baixa; entre 0.2 e 0.39, uma associação linear baixa; entre 0.4 e 0.69, uma associação linear moderada; entre 0.7 e 0.89, uma associação linear alta; e entre 0.9 e 1, uma associação linear muito alta.

Tabela 13. Coeficiente de correlação de Pearson entre as estratégias cognitivas de regulação emocional (Tempo 1) e a sintomatologia depressiva (Tempo 2) no género masculino

	Total CDI
Culpabilização	-0.254
Aceitação	-0.134
Ruminação	-0.115
Reorganização Positiva	-0.220
Replaneamento	-0.282
Reavaliação Positiva	-0.175
Pôr Noutra Perspectiva	-0.125
Catastrofização	-0.128
Culpa no Outro	-0.217

*** $p < 0.001$

** $p < 0.01$

* $p < 0.05$

2.1.2. Estudo do valor preditivo das estratégias cognitivas de regulação emocional na sintomatologia depressiva

Este estudo tem por objectivo avaliar a influência conjunta das estratégias cognitivas de regulação emocional no desenvolvimento da sintomatologia depressiva, bem como averiguar qual das estratégias constitui o preditor mais forte. Para tal, efectuou-se uma análise de regressão linear múltipla, segundo o método *Stepwise*, utilizando as dimensões do CERQ do Tempo 1 como variáveis predictoras, e o Total do CDI do Tempo 2 como variável dependente.

Quanto ao género masculino, tendo em conta que nenhuma estratégia cognitiva de regulação emocional está correlacionada de forma significativa com a sintomatologia depressiva do Tempo 2, as mesmas não têm um contributo significativo na predição da sintomatologia depressiva.

Quanto ao género feminino, obteve-se um modelo de regressão reduzido a duas variáveis predictoras, a Reavaliação Positiva e a Catastrofização. A Reavaliação Positiva [$R^2 = 0.090$; $\beta = -0.316$, $t = -3.088$, $p < 0.01$] constitui o melhor preditor da sintomatologia depressiva, explicando 9.0% da variabilidade dessa variável. Por sua vez, a inclusão da Catastrofização [R^2 Change = 0.084; $\beta = 0.289$, $t = 2.825$, $p < 0.01$] no modelo de regressão explica 8.4% da variabilidade total da sintomatologia depressiva. O modelo preditor explica, na sua globalidade, 15.2% da

variabilidade da sintomatologia depressiva no Tempo 2 [R^2 Ajustado = 0.152, $F_{(2,79)} = 8.281$, $p < 0.01$], sendo estatisticamente significativo (cf. Tabela 14).

Tabela 14. Análise de regressão linear múltipla *stepwise*: poder preditivo das estratégias cognitivas de regulação emocional (Tempo 1) na sintomatologia depressiva (Tempo 2), no género feminino

Preditores	Total CDI				
	β	R^2	R^2 Change	F Change	p
Reavaliação Positiva	-0.316	0.090	0.090	7.893	0.006
Catastrofização	0.289	0.173	0.084	7.980	0.006

2.2. Estudo da relação entre exposição prévia a maus-tratos e sintomatologia depressiva

2.2.1. Correlações entre factores e total do CTQ com total do CDI

Para avaliar a existência de uma relação entre exposição a maus-tratos relatada no Tempo 1 e sintomatologia depressiva apresentada no Tempo 2, efectuaram-se análises de correlação de Pearson.

No sexo feminino, o Total do CTQ ($r = 0.487$, $p = 0.000$) e a Negligência Emocional ($r = 0.506$, $p = 0.000$) revelam ter uma relação linear positiva, moderada e estatisticamente significativa com a sintomatologia depressiva do Tempo 2. Esta variável tem também uma relação linear positiva, baixa e estatisticamente significativa com o Abuso Emocional ($r = 0.269$, $p < 0.05$), a Negligência Física ($r = 0.303$, $p < 0.01$) e o Abuso Físico ($r = 0.334$, $p < 0.001$). Tal significa que quanto maior é a exposição a estas formas de abuso infantil no Tempo 1, maior tende a ser a sintomatologia depressiva apresentada no Tempo 2 (cf. Tabela 15).

No sexo masculino, verificou-se a inexistência de uma relação significativa entre sintomatologia depressiva apresentada no Tempo 2 e as diferentes formas de maus-tratos, bem como os maus-tratos em geral (cf. Tabela 16).

Tabela 15. Coeficiente de correlação de Pearson entre a exposição a maus-tratos (factores e total do CTQ, Tempo 1) e a sintomatologia depressiva (Tempo 2), no género feminino

	Total CDI
Total do CTQ	0.487***
Abuso Emocional	0.269*
Abuso Físico	0.334***
Abuso Sexual	0.002
Negligência Física	0.303**
Negligência Emocional	0.506***
Itens de Validade	-0.284**

*** $p < 0.001$

** $p < 0.01$

* $p < 0.05$

Tabela 16. Coeficiente de correlação de Pearson entre a exposição a maus-tratos (factores e total do CTQ, Tempo 1) e a sitomatologia depressiva (Tempo 2), no género masculino

	Total CDI
Total do CTQ	-0.035
Abuso Emocional	-0.124
Abuso Físico	-0.031
Abuso Sexual	-0.038
Negligência Física	0.122
Negligência Emocional	-0.036
Itens de Validade	-0.153

*** $p < 0.001$

** $p < 0.01$

* $p < 0.05$

2.2.2. Estudo do valor preditivo da exposição a maus-tratos na sintomatologia depressiva

No sentido de estudar a influência conjunta das diferentes formas de abuso infantil no desenvolvimento da sintomatologia depressiva, bem como avaliar qual delas constitui o melhor preditor, efectuou-se uma análise de

Regressão Linear Múltipla, segundo o método *Stepwise*, para os sujeitos do sexo feminino, utilizando as cinco dimensões do CTQ (Tempo 1) como variáveis preditoras e o Total do CDI (Tempo 2) como variável dependente.

Nos sujeitos do sexo masculino, tendo em conta que nenhuma forma de abuso infantil está correlacionada de forma significativa com a sintomatologia depressiva do Tempo 2, os diferentes tipos de maus-tratos não têm influência significativa na predição da sintomatologia depressiva.

Nos sujeitos do sexo feminino, obteve-se um modelo de regressão significativo reduzido a duas variáveis preditoras, a Negligência Emocional e o Abuso Físico, que explicam, na sua globalidade, 27.8% da sintomatologia depressiva do Tempo 2 [R^2 Ajustado = 0.278; $F_{(2;79)} = 16.614$, $p = 0.000$]. A Negligência Emocional constitui o melhor preditor da variável dependente, explicando 25.6% da variabilidade da sintomatologia depressiva do Tempo 2 [$R^2 = 0.256$; $\beta = 0.447$, $t = 4.551$, $p = 0.000$]. A adição do Abuso Físico no modelo de regressão explica 4.1% da sua influência na predição da sintomatologia depressiva [R^2 Change = 0.041; $\beta = 0.210$, $t = 2.132$, $p < 0.05$], (cf. Tabela 17).

Tabela 17. Análise de regressão linear múltipla *stepwise*: poder preditivo da exposição a maus-tratos (Tempo 1) na sintomatologia depressiva (Tempo 2), no género feminino

Preditores	Total CDI				
	β	R^2	R^2 Change	F Change	p
Negligência Emocional	0.447	0.256	0.256	27.466	0.000
Abuso Físico	0.210	0.296	0.041	4.545	0.036

Estudo III: Estudo do valor preditivo da exposição a maus-tratos e do uso de estratégias cognitivas de regulação emocional na sintomatologia depressiva

Este estudo tem por objectivo estudar a influência conjunta das estratégias cognitivas de regulação emocional e da exposição a maus-tratos no desenvolvimento de sintomatologia depressiva um ano depois do relato, bem como determinar quais os factores que melhor predizem-no. Para tal, efectuou-se uma análise de regressão linear múltipla, segundo o método *Stepwise*, utilizando o Total do CTQ (Tempo 1) e o uso das estratégias cognitivas de regulação emocional (Tempo 1) como variáveis preditoras; e o Total do CDI (Tempo 2) como variável dependente.

Quanto ao género masculino, nenhuma das variáveis preditoras foi incluída no modelo de regressão, o que significa que esse modelo preditor não têm influência significativa na predição da sintomatologia depressiva.

Nos sujeitos do sexo feminino, obteve-se um modelo de regressão com três variáveis preditoras, o Total do CTQ, a Reorganização Positiva e a Catastrofização, que explicam, na sua globalidade, 32.1% da sintomatologia depressiva do Tempo 2 [R^2 Ajustado = 0.295; $F_{(3;78)} = 12.301$, $p = 0.000$], sendo este modelo preditor estatisticamente significativo. A frequência da

exposição a maus-tratos (em geral) constitui o melhor preditor da sintomatologia depressiva, explicando 23.7% da variabilidade dessa sintomatologia [$R^2 = 0.237$; $\beta = 0.410$, $t = 4.252$, $p = 0.000$]. De seguida, a adição da Reorganização Positiva no modelo de regressão explica 3.9% da sua influência na predição da sintomatologia depressiva [$R^2 \text{ Change} = 0.039$; $\beta = -0.222$, $t = -2.327$, $p < 0.05$]. Por fim, a inclusão da Catastrofização no modelo de regressão com as duas variáveis anteriormente referidas, determina 4.5% da variabilidade da sintomatologia depressiva [$R^2 \text{ Change} = 0.045$; $\beta = 0.216$, $t = 2.268$, $p < 0.05$], (cf. Tabela 18).

Tabela 18. Análise de regressão linear múltipla *stepwise*: poder preditivo da exposição a maus-tratos (Tempo 1) e do uso das estratégias cognitivas de regulação emocional (Tempo 1) na sintomatologia depressiva (Tempo 2), no género feminino

Preditores	Total CDI				
	β	R^2	$R^2 \text{ Change}$	$F \text{ Change}$	p
Total do CTQ	0.410	0.237	0.237	24.892	0.000
Reorganização Positiva	-0.222	0.276	0.039	4.267	0.042
Catastrofização	0.216	0.321	0.321	5.145	0.026

Estudo IV: Estudo do efeito mediador das diferentes estratégias cognitivas de regulação emocional na relação entre a exposição a maus-tratos e sintomatologia depressiva

Testou-se, para cada género, a existência de um efeito mediador de cada uma das estratégias cognitivas de regulação emocional (usadas no Tempo 2) na relação entre a exposição prévia a maus-tratos (factores do CTQ e o Total do CTQ do Tempo 1) e a sintomatologia depressiva (apresentada no Tempo 2).

Segundo Baron e Kenny (1986), uma variável desempenha um papel mediador numa relação entre outras duas variáveis, se as seguintes condições forem cumpridas: (1) a variável independente prediz significativamente a variável mediadora; (2) a variável mediadora prediz significativamente a variável dependente, quando controlado o efeito da variável independente; (3) sem a inclusão da variável mediadora no modelo de regressão, a variável independente prediz significativamente a variável dependente; (4) aquando da adição da variável mediadora no modelo de regressão, o efeito da variável independente na variável dependente reduz-se.

Tendo em conta esses pressupostos, os mesmos autores propuseram a realização de três equações de regressão para detectar uma mediação simples. Deste modo, e de acordo com esses autores, realizou-se para cada efeito mediador estudado: uma análise de regressão linear simples entre determinado tipo de maus-tratos (variável independente) e a sintomatologia depressiva (variável dependente); uma análise de regressão linear simples entre o tipo de maus-tratos (a variável independente) e determinada estratégia cognitiva de regulação emocional (neste modelo de regressão, a

hipotética variável mediadora é introduzida como sendo a variável dependente); e uma análise de regressão linear múltipla que tem como variáveis predictoras o tipo de maus-tratos e a estratégia cognitiva de regulação emocional e que tem, como variável dependente, a sintomatologia depressiva. Posteriormente, avaliou-se se a estratégia cognitiva de regulação emocional media total ou parcialmente a relação entre os maus-tratos e a sintomatologia depressiva. Numa mediação completa, o efeito da variável independente na variável dependente é nulo, quando controlado o efeito da variável mediadora; numa mediação parcial, o efeito da variável independente na dependente, apesar de reduzido, continua a não ser nulo, quando controlado o efeito da variável mediadora.

Por fim, Baron e Kenny (1986) sugerem também a realização do Teste de Sobel que determina uma significância estatística aproximada do efeito mediador.

De entre os efeitos mediadores estudados, são apresentados, no presente trabalho, somente os resultados referentes às relações entre variáveis, que cumprem os pressupostos de Baron e Kenny (1986). No que diz respeito aos sujeitos do sexo masculino, nenhum dos efeitos mediadores estudados cumpre os pressupostos estipulados por esses autores.

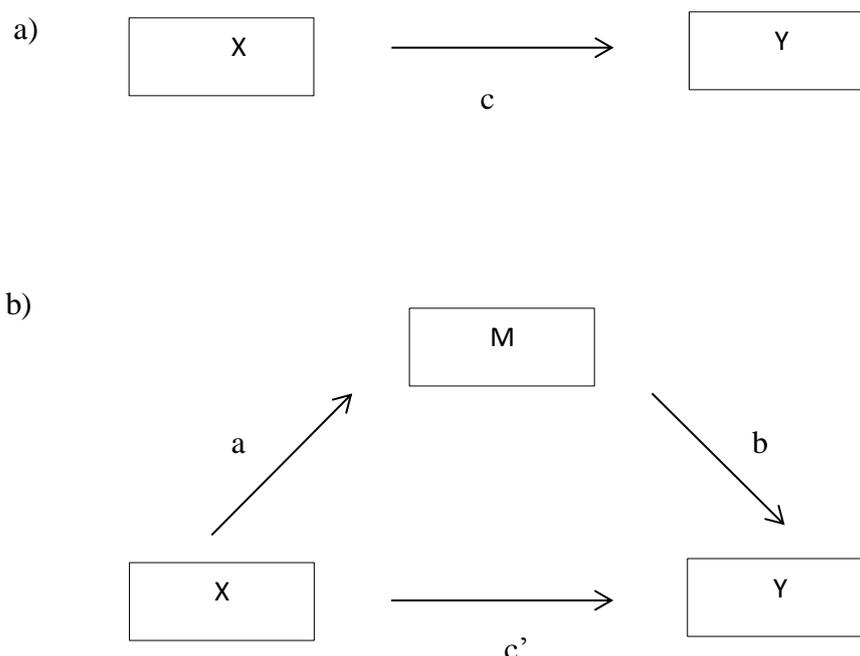


Figura 1. a) Efeito total. X afecta Y. b) Modelo de Mediação: X influencia Y indirectamente através de M. X = variável independente; Y = variável dependente; M = variável mediadora; a, b = efeitos indirectos; c' = efeito directo; c = efeito total.

4.1. O efeito mediador da Reavaliação Positiva na relação entre a exposição a Maus-Tratos (em geral) e a Sintomatologia Depressiva, no género feminino

Nos sujeitos do sexo feminino, a análise de regressão linear simples entre o Total do CTQ (variável independente) e a Sintomatologia Depressiva (variável dependente), revelou que este modelo preditor é estatisticamente significativo [$R^2 = 0.159$; $F_{(1;80)} = 24.892$, $p = 0.000$; $\beta = 0.487$, $p = 0.000$].

Na análise de regressão linear simples entre o Total do CTQ (variável independente) e a Reavaliação Positiva (nesta análise, introduzida como variável dependente), os resultados obtidos [$R^2 = 0.089$; $F_{(1;80)} = 7.819$, $p < 0.01$; $\beta = -0.298$, $p < 0.01$] sugerem que 8.9% da variância da Reavaliação Positiva é explicada pela frequência da exposição a Maus-Tratos (em geral), sendo este modelo preditor estatisticamente significativo.

Por sua vez, na análise de regressão linear múltipla (método *Enter*), em que foram introduzidas como variáveis preditoras, o Total do CTQ e a Reavaliação Positiva; e, como variável dependente, a Sintomatologia Depressiva, o modelo preditor revelou-se estatisticamente significativo [R^2 ajustado = 0.275; $F_{(2;79)} = 16.399$, $p = 0.000$], explicando na sua globalidade 27.5% da sintomatologia depressiva apresentada. Neste modelo de regressão, ambas as variáveis preditoras têm um efeito significativo na predição da sintomatologia depressiva, sendo o peso explicativo do Total do CTQ ($\beta = 0.413$, $t = 4.169$, $p = 0.000$) superior ao da Reavaliação Positiva ($\beta = -0.248$; $t = -2.503$, $p < 0.05$). A adição da Reavaliação Positiva no modelo de regressão diminui o contributo do Total do CTQ (de $\beta = 0.487$ para $\beta = 0.413$) na sintomatologia depressiva. Tendo em conta que, neste modelo de regressão, o efeito do Total do CTQ não é nulo, a reavaliação positiva parece mediar parcialmente a relação entre a exposição a maus-tratos em geral e a sintomatologia depressiva.

Contudo, o resultado obtido no Teste de Sobel ($z = 1.86$, $p > 0.05$) não atesta a significância estatística desse efeito mediador.

4.2. O efeito mediador da Reorganização Positiva na relação entre a exposição a Maus-Tratos (em geral) e a Sintomatologia Depressiva, no género feminino

No género feminino, a análise de regressão linear simples entre o Total do CTQ (variável independente) e a Sintomatologia Depressiva (variável dependente), revelou que este modelo preditor é estatisticamente significativo [$R^2 = 0.159$; $F_{(1;80)} = 24.892$, $p = 0.000$; $\beta = -0.275$, $p = 0.000$].

Os resultados obtidos [$R^2 = 0.075$; $F_{(1;80)} = 6.525$, $p < 0.05$; $\beta = -0.275$, $p < 0.05$] na análise de regressão linear simples entre o Total do CTQ (variável independente) e a Reorganização Positiva (nesta análise, introduzida como variável dependente), sugerem que 7.5% da variância da Reorganização Positiva é explicada pela frequência da exposição a Maus-

Tratos (em geral), sendo este modelo preditor estatisticamente significativo.

Por sua vez, na análise de regressão linear múltipla (método *Enter*), em que foram introduzidas como variáveis preditoras, o Total do CTQ e a Reorganização Positiva; e, como variável dependente, a Sintomatologia Depressiva, o modelo de preditor revelou-se estatisticamente significativo [R^2 Ajustado = 0.265; $F_{(2,79)} = 15.618$, $p = 0.000$], explicando na sua globalidade 26.5% da sintomatologia depressiva apresentada. Neste modelo de regressão, ambas as variáveis preditoras têm um efeito significativo na predição da sintomatologia depressiva, sendo o peso explicativo do Total do CTQ ($\beta = 0.426$, $t = 4.299$, $p = 0.000$) superior ao da Reorganização Positiva ($\beta = -0.223$; $t = -2.553$, $p < 0.05$). A adição da Reorganização Positiva no modelo de regressão diminui o contributo do Total do CTQ (de $\beta = -0.275$ para $\beta = -0.223$) na sintomatologia depressiva. Tendo em conta que, neste modelo de regressão, o efeito do Total do CTQ não é nulo, a Reorganização Positiva parece mediar parcialmente a relação entre a exposição a maus-tratos em geral e a sintomatologia depressiva.

Contudo, o resultado obtido no Teste de Sobel ($z = 1.68$, $p > 0.05$) não atesta a significância estatística desse efeito mediador.

4.3. O efeito mediador da Reavaliação Positiva na relação entre a exposição a Negligência Física e a Sintomatologia Depressiva, no género feminino

Nos sujeitos do sexo feminino, a análise de regressão linear simples entre a Negligência Física (variável independente) e a Sintomatologia Depressiva (variável dependente), revelou que este modelo preditor é estatisticamente significativo [$R^2 = 0.092$; $F_{(1,80)} = 8.101$, $p < 0.001$; $\beta = 0.303$, $p < 0.001$].

Na análise de regressão linear simples entre a Negligência Física (variável independente) e a Reavaliação Positiva (nesta análise, introduzida como variável dependente), os resultados obtidos [$R^2 = 0.053$; $F_{(1,80)} = 4.511$, $p < 0.05$; $\beta = -0.231$, $p < 0.05$] sugerem que 5.3% da variância da Reavaliação Positiva é explicada pela frequência da exposição a Negligência Física, sendo este modelo preditor estatisticamente significativo.

Por sua vez, a análise de regressão linear múltipla (método *Enter*), na qual foram introduzidas como variáveis preditoras, a Negligência Física e a Reavaliação Positiva; e, como variável dependente, a Sintomatologia Depressiva, o modelo preditor revelou-se estatisticamente significativo [R^2 Ajustado = 0.167; $F_{(2,79)} = 9.135$, $p = 0.000$], explicando na sua globalidade 16.7% da sintomatologia depressiva apresentada. Neste modelo de regressão, ambas as variáveis preditoras têm um efeito significativo na predição da sintomatologia depressiva, sendo o peso explicativo da Negligência Física ($\beta = 0.230$, $t = 2.204$, $p < 0.05$) inferior ao da Reavaliação Positiva ($\beta = -0.318$; $t = -3.054$, $p < 0.01$). A adição da Reavaliação Positiva no modelo de regressão diminui o contributo da Negligência Física (de $\beta = 2.846$ para $\beta = 0.230$) na sintomatologia depressiva. Tendo em conta que, neste modelo de regressão, o efeito da Negligência Física não é nulo, a Reavaliação Positiva

parece mediar parcialmente a relação entre a exposição a esse tipo de maus-tratos e a sintomatologia depressiva.

Contudo, o resultado obtido no Teste de Sobel ($z = 1.74$, $p > 0.05$) não atesta a significância estatística desse efeito mediador.

4.4. O efeito mediador da Reorganização Positiva na relação entre a exposição a Negligência Física e a Sintomatologia Depressiva, no gênero feminino

No gênero feminino, a análise de regressão linear simples entre a Negligência Física (variável independente) e a Sintomatologia Depressiva (variável dependente) revelou que este modelo preditor é estatisticamente significativo [$R^2 = 0.092$; $F_{(1;80)} = 8.101$, $p < 0.001$; $\beta = 0.303$, $p < 0.001$].

Na análise de regressão linear simples entre a Negligência Física (variável independente) e a Reorganização Positiva (nesta análise, introduzida como variável dependente), os resultados obtidos [$R^2 = 0.049$; $F_{(1;80)} = 4.106$, $p < 0.05$; $\beta = -0.221$, $p < 0.05$] sugerem que 4.9% da variância da Reorganização Positiva é explicada pela frequência da exposição a Negligência Física, sendo este modelo preditor estatisticamente significativo.

Por sua vez, a análise de regressão linear múltipla (método *Enter*), em que foram introduzidas como variáveis preditoras, a Negligência Física e a Reorganização Positiva; e, como variável dependente, a Sintomatologia Depressiva, revelou que este modelo preditor é estatisticamente significativo [R^2 Ajustado = 0.149; $F_{(2;79)} = 8.111$, $p = 0.001$], explicando na sua globalidade 14.9% da sintomatologia depressiva. Neste modelo de regressão, ambas as variáveis preditoras têm um efeito significativo na predição da sintomatologia depressiva, sendo o peso explicativo da Negligência Física ($\beta = 0.240$, $t = 2.282$, $p < 0.05$) inferior ao da Reorganização Positiva ($\beta = -0.287$; $t = -2.733$, $p < 0.01$). A adição da Reorganização Positiva no modelo de regressão diminui o contributo da Negligência Física (de $\beta = 0.303$ para $\beta = 0.240$) na sintomatologia depressiva. Tendo em conta que, neste modelo de regressão, o efeito da Negligência Física não é nulo, a Reorganização Positiva parece mediar parcialmente a relação entre a exposição a esse tipo de maus-tratos e a sintomatologia depressiva.

Contudo, o resultado obtido no Teste de Sobel ($z = 1.62$, $p > 0.05$) não atesta a significância estatística desse efeito mediador.

4.5. O efeito mediador da Replaneamento na relação entre a exposição a Negligência Física e a Sintomatologia Depressiva, no gênero feminino

Nos sujeitos do sexo feminino, a análise de regressão linear simples entre a Negligência Física (variável independente) e a Sintomatologia Depressiva (variável dependente), revelou que este modelo preditor é estatisticamente significativo [$R^2 = 0.092$; $F_{(1;80)} = 8.101$, $p < 0.001$; $\beta = 0.303$, $p < 0.001$].

Na análise de regressão linear simples entre a Negligência Física (variável independente) e o Replaneamento (nesta análise, introduzido como variável dependente), os resultados obtidos [$R^2 = 0.052$; $F_{(1;80)} = 4.368$, $p < 0.05$; $\beta = -0.228$, $p < 0.05$] sugerem que 5.2% da variância do Replaneamento é explicada pela frequência da exposição a Negligência Física, sendo este modelo preditor estatisticamente significativo.

Por sua vez, a análise de regressão linear múltipla (método *Enter*), na qual foram introduzidas como variáveis preditoras, a Negligência Física e o Replaneamento; e, como variável dependente, a Sintomatologia Depressiva, revelou que este modelo preditor é estatisticamente significativo [R^2 Ajustado = 0.140; $F_{(2;79)} = 7.606$; $p = 0.001$], explicando na sua globalidade 14.0% da sintomatologia depressiva. Neste modelo de regressão, ambas as variáveis preditoras têm um efeito significativo na predição da sintomatologia depressiva, sendo o peso explicativo da Negligência Física ($\beta = 0.242$, $t = 2.284$, $p < 0.05$) inferior ao do Replaneamento ($\beta = -0.271$; $t = -2.559$, $p < 0.05$). A adição do Replaneamento no modelo de regressão diminui o contributo da Negligência Física (de $\beta = 0.303$ para $\beta = 0.242$) na sintomatologia depressiva. Tendo em conta que, neste modelo de regressão, o efeito da Negligência Física não é nulo, o Replaneamento parece mediar parcialmente a relação entre a exposição esse tipo de maus-tratos e a sintomatologia depressiva.

Contudo, o resultado obtido no Teste de Sobel ($z = 1.62$, $p > 0.05$) não atesta a significância estatística desse efeito mediador.

4.6. O efeito mediador da Reavaliação Positiva na relação entre a exposição a Negligência Emocional e a Sintomatologia Depressiva, no género feminino

No género feminino, a análise de regressão linear simples entre a Negligência Emocional (variável independente) e a Sintomatologia Depressiva (variável dependente), revelou que este modelo preditor é estatisticamente significativo [$R^2 = 0.256$; $F_{(1;80)} = 27.466$, $p = 0.000$; $\beta = 0.506$, $p = 0.000$].

Na análise de regressão linear simples entre a Negligência Emocional (variável independente) e a Reavaliação Positiva (nesta análise, introduzida como variável dependente), os resultados obtidos [$R^2 = 0.145$; $F_{(1;80)} = 13.591$, $p = 0.000$; $\beta = -0.381$, $p = 0.000$] sugerem que 14.5% da variância da Reavaliação Positiva é explicada pela frequência da exposição a Negligência Emocional, sendo este modelo preditor estatisticamente significativo.

Por sua vez, a análise de regressão linear múltipla (método *Enter*), na qual foram introduzidas como variáveis preditoras, a Negligência Emocional e a Reavaliação Positiva; e, como variável dependente, a Sintomatologia Depressiva, este modelo preditor revelou-se estatisticamente significativo [R^2 Ajustado = 0.275; $F_{(2;79)} = 16.364$, $p = 0.000$], explicando na sua globalidade 27.5% da sintomatologia depressiva. Neste modelo de regressão, ambas as variáveis preditoras têm um efeito significativo na predição da sintomatologia depressiva, sendo o peso explicativo da Negligência

Emocional ($\beta = 0.426$, $t = 4.162$, $p = 0.000$) inferior ao do Reavaliação Positiva ($\beta = -0.209$; $t = -2.559$, $p < 0.05$). Os resultados obtidos indicam que a inclusão da Reavaliação Positiva no modelo de regressão diminui o efeito da Negligência Emocional (de $\beta = 0.506$ para $\beta = 0.426$) na sintomatologia depressiva. Tendo em conta que, neste modelo de regressão, o efeito da Negligência Emocional não é nulo, a Reavaliação Positiva parece mediar parcialmente a relação entre a exposição a esse tipo de maus-tratos e a sintomatologia depressiva.

Contudo, o resultado obtido no Teste de Sobel ($z = 1.79$, $p > 0.05$) não atesta a significância estatística desse efeito mediador.

4.7. O efeito mediador da Reorganização Positiva na relação entre a exposição à Negligência Emocional a Sintomatologia Depressiva, no género feminino

Nos sujeitos do sexo feminino, a análise de regressão linear simples entre a Negligência Emocional (variável independente) e a Sintomatologia Depressiva (variável dependente), revelou que este modelo preditor é estatisticamente significativo [$R^2 = 0.256$; $F_{(1;80)} = 27.466$, $p = 0.000$; $\beta = 0.506$, $p = 0.000$].

Na análise de regressão linear simples entre a Negligência Emocional (variável independente) e a Reorganização Positiva (nesta análise, introduzida como variável dependente), os resultados obtidos [$R^2 = 0.097$; $F_{(1;80)} = 8.614$, $p < 0.001$; $\beta = -0.312$, $p = 0.000$] sugerem que 9.7% da variância da Reorganização Positiva é explicada pela frequência da exposição a Negligência Emocional, sendo este modelo preditor estatisticamente significativo.

Por sua vez, a análise de regressão linear múltipla (método *Enter*), na qual foram introduzidas como variáveis predictoras, a Negligência Emocional e a Reorganização Positiva; e, como variável dependente, a Sintomatologia Depressiva, revelou que este modelo preditor é estatisticamente significativo [R^2 Ajustado = 0.275; $F_{(2;79)} = 16.328$, $p = 0.000$], explicando na sua globalidade 27.5% da sintomatologia depressiva. Neste modelo de regressão, ambas as variáveis predictoras têm um efeito significativo na predição da sintomatologia depressiva, sendo o peso explicativo da Negligência Emocional ($\beta = 0.443$, $t = 4.443$, $p = 0.000$) superior ao do Reorganização Positiva ($\beta = -0.202$; $t = -2.029$, $p < 0.05$). A adição da Reorganização Positiva no modelo de regressão diminui o efeito da Negligência Emocional (de $\beta = 0.506$ para $\beta = 0.443$) na sintomatologia depressiva. Tendo em conta que, neste modelo de regressão, o efeito da Negligência Emocional não é nulo, a Reorganização Positiva parece mediar parcialmente a relação entre a exposição a esse tipo de maus-tratos e a sintomatologia depressiva.

Contudo, o resultado obtido no Teste de Sobel ($z = 1.67$, $p > 0.05$) não atesta a significância estatística desse efeito mediador.

V - Discussão dos Resultados

Estudo I: Relações entre as variáveis em estudo (CERQ, CTQ, CDI) e variáveis sócio-demográficas

Estudou-se a relação entre as estratégias cognitivas de regulação emocional adoptadas no Tempo 1 e as variáveis sócio-demográficas: género e idade. Constataram-se diferenças de género significativas no uso da Ruminação, em que as raparigas adolescentes ruminam, em média, mais do que os rapazes. Este resultado é congruente com a literatura (Broderick, 1998).

Quanto às diferenças de idade no uso de cada estratégia cognitiva de regulação emocional, nos sujeitos do sexo masculino, verificaram-se diferenças significativas no uso da Reorganização Positiva e da estratégia Pôr Noutra Perspectiva, sendo que os rapazes com 14 anos recorrem em média a essas duas estratégias mais frequentemente do que os de 15 anos. Tal sugere que, nos rapazes, o uso dessas estratégias cognitivas de regulação emocional tende a diminuir entre os 14 e os 15 anos de idade.

Nos sujeitos do sexo feminino, existem diferenças significativas em termos de idade no uso da Aceitação e da Catastrofização. As raparigas com 13 anos de idade recorrem, em média, à Aceitação com menos frequência do que as de 14 anos. As raparigas com 13 anos de idade catastrofizam, em média, com menos frequência do que as de 15 anos. O facto de não se constatarem diferenças de idade significativas na frequência com que as raparigas ruminam diverge com estudo (Papadakis et al., 2006) no qual é demonstrado que a tendência para usar a ruminação como estratégia de coping aumenta com a idade nas raparigas adolescentes.

Estudou-se também a relação entre a exposição a maus-tratos relatados no Tempo 1 e as variáveis sócio-demográficas: género e idade. Constatou-se a existência de diferenças de género significativas, sendo que os rapazes relatam, em média, episódios mais frequentes de maus-tratos (em geral) e de Abuso Físico em particular. Contudo, importa referir que os resultados referentes ao factor de Validade do CTQ (avalia a desejabilidade social), sugerem que houve maior subdeclaração de experiências de maus-tratos nas raparigas do que nos rapazes.

Em ambos os géneros, não foram constatadas diferenças de idade significativas relativamente à exposição a maus-tratos, quer em geral, quer em às diferentes formas específicas dos mesmos.

Estudou-se também a relação entre a sintomatologia depressiva apresentada no Tempo 2 e variáveis sócio-demográficas: género e idade. Não foram reveladas diferenças de género significativas relativamente a essa variável. Os resultados obtidos não vão ao encontro da literatura revista que defende que a probabilidade das raparigas adolescentes apresentarem sintomatologia depressiva (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994; Saluja et al., 2004) é maior do que a dos rapazes adolescentes.

Quer os sujeitos do sexo masculino, quer os sujeitos do sexo feminino, não apresentam diferenças significativas em termos de idade na

sintomatologia depressiva apresentada no Tempo 2. Tendo em conta que no Tempo 2 a amostra tem uma idade compreendida entre os 13 e os 15 anos, os resultados obtidos divergem de vários estudos empíricos (Saluja et al., 2004; Papadakis et al., (2006); Flemming & Offer, 1990 citado em Papadakis, et al., 2006), que demonstram a ocorrência de um aumento significativo da taxa de sintomatologia depressiva aproximadamente desde os 11 anos de idade até meio ou final da adolescência.

Estudo II: Estudo das relações entre variáveis do Tempo 1 (CERQ e CTQ) e a sintomatologia depressiva do Tempo 2 (CDI)

2.1. Estudo da relação entre as estratégias cognitivas de regulação emocional e a sintomatologia depressiva

Nos sujeitos do sexo masculino, nenhuma estratégia cognitiva de regulação emocional do Tempo 1 se encontra correlacionada significativamente com a sintomatologia depressiva do Tempo 2. Nos sujeitos do sexo feminino, foram constatadas correlações baixas e significativas entre Reorganização Positiva, Replaneamento, Reavaliação Positiva, Pôr Noutra Perspectiva e a sintomatologia depressiva apresentada um ano depois, o que sugere que quanto mais frequente é o uso dessas estratégias, menor tende a ser a gravidade da sintomatologia depressiva apresentada um ano depois. Deste modo, o uso destas estratégias cognitivas de regulação emocional parece constituir um factor de protecção ao desenvolvimento da sintomatologia depressiva. Por sua vez, a Catastrofização possui uma correlação baixa e significativa com essa variável, sugerindo ser um factor de risco no desenvolvimento da sintomatologia depressiva, uma vez que ao seu uso mais frequente está associado, um ano depois, sintomatologia depressiva mais severa. Os resultados obtidos na população feminina estão de acordo com a literatura revista.

Estudou-se a influência conjunta das estratégias cognitivas de regulação emocional no desenvolvimento da sintomatologia depressiva para cada género. Nos sujeitos do sexo feminino, constatou-se que as estratégias cognitivas de regulação emocional que predizem o desenvolvimento de sintomatologia depressiva, um ano depois, são: a Reavaliação Positiva (factor de risco) e a Catastrofização (factor de protecção), sendo a Reavaliação Positiva a melhor preditora. Tal indica que, embora se tenha constatado que as cinco estratégias anteriores se correlacionam significativamente com a sintomatologia depressiva, se a influência das restantes for controlada, apenas a Reavaliação Positiva e a Catastrofização, revelam-se factores preditores da sintomatologia depressiva.

2.2. Estudo da relação entre exposição prévia a maus-tratos e sintomatologia depressiva

Foi avaliada a relação entre a exposição a maus-tratos relatados no Tempo 1 e a sintomatologia depressiva apresentada no Tempo 2. Nos sujeitos do sexo masculino, não foi revelada qualquer relação linear significativa entre a exposição a maus-tratos em geral, bem como as diferentes formas de maus-tratos em particular, com a sintomatologia depressiva um ano depois. No sexo feminino, o Total do CTQ (maus-tratos em geral) e a Negligência Emocional revelam ter uma relação linear positiva, moderada e significativa com a sintomatologia depressiva do Tempo 2. Esta variável tem também uma relação linear positiva, baixa e significativa com o Abuso Emocional, a Negligência Física e o Abuso Físico. Tal significa que quanto mais frequente é a exposição a estas formas de abuso infantil e a maus-tratos em geral, maior tende a ser a sintomatologia depressiva apresentada no Tempo 2. Contrariamente ao previsto tendo em conta a literatura (Macmillan, et al., 2001; Molnar, Buka, & Kessler, 2001; Hovens et al., 2010), a exposição ao Abuso Sexual não se correlaciona significativamente com essa sintomatologia.

Estudou-se também a influência conjunta da frequência da exposição às diferentes formas de maus-tratos no desenvolvimento da sintomatologia depressiva. Quanto ao género masculino, nenhuma forma de maus-tratos revel ter uma influência significativa na predição da sintomatologia depressiva. Nos sujeitos do sexo feminino, constatou-se que, avaliando a influência conjunta de todas as formas de maus-tratos, apenas o Abuso Físico e a Negligência Emocional predizem significativamente o desenvolvimento de sintomatologia depressiva, sendo a Negligência Emocional o melhor preditor.

Estudo III: Estudo do valor preditivo da exposição a maus-tratos e do uso de estratégias cognitivas de regulação emocional na sintomatologia depressiva

Foi estudada a influência conjunta da exposição a maus-tratos em geral (Total do CTQ) e das estratégias cognitivas de regulação emocional usadas posteriormente no desenvolvimento de sintomatologia depressiva. Constatou-se que esse modelo preditor não têm influência significativa na predição da sintomatologia depressiva nos sujeitos do sexo masculino. Nos sujeitos do sexo feminino, verificou-se que os maus-tratos em geral, a Reorganização Positiva e a Catastrofização têm influência no desenvolvimento de sintomatologia depressiva (um ano depois), sendo a frequência da exposição a maus-tratos (em geral) o factor que melhor prediz a sintomatologia depressiva, de seguida, a Reorganização Positiva e, por último, a Catastrofização. Os resultados obtidos podem ser interpretados da seguintes forma: as características dos maus-tratos em si, neste caso, a frequência dos episódios de abuso infantil, têm uma maior influência no

desenvolvimento de sintomatologia depressiva, do que as próprias estratégias cognitivas de regulação emocional que o sujeito tende a usar para lidar com acontecimentos ameaçadores ou indutores de stress. Contudo, a Reorganização Positiva e a Catastrofização desempenham um papel importante na predição de sintomatologia depressiva.

Estudo IV: Estudo do efeito mediador das diferentes estratégias cognitivas de regulação emocional na relação entre a exposição ao abuso infantil e a sintomatologia depressiva

Tendo em conta que os processos internos medeiam o efeito de um acontecimento externo no comportamento de um sujeito (Woodworth's, 1928, citado em Baron & Kenny, 1986), avaliou-se se o uso das estratégias cognitivas de regulação emocional relativamente a acontecimentos negativos indutores de stress desempenha um papel mediador na relação entre experiências prévias de maus-tratos e sintomatologia depressiva apresentada. A realização deste estudo também se deve à constatação destas e de determinadas estratégias cognitivas de regulação emocional constituírem factores preditores da sintomatologia depressiva.

De acordo com os procedimentos estatísticos sugeridos por Baron & Kenny (1986) para testar um efeito mediador simples, os resultados obtidos sugerem a existência de efeitos mediadores parciais da Reorganização Positiva e da Reavaliação Positiva na relação entre exposição a maus-tratos em geral e sintomatologia depressiva. Por sua vez, a relação entre a exposição a Negligência Física e a Sintomatologia Depressiva é mediada parcialmente pela Reavaliação Positiva, a Reorganização Positiva e o Replaneamento. Parece haver também um efeito mediador da Reavaliação Positiva e da Reorganização Positiva na relação entre a exposição à Negligência Emocional e Sintomatologia Depressiva. Em todas estas relações, a Reavaliação Positiva, a Reorganização Positiva e o Replaneamento parecem desempenhar um papel mediador enquanto factor de protecção ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva. Deste modo, face a experiências prévias de maus-tratos, o uso mais frequente dessas estratégias de regulação emocional parece tornar os adolescentes mais resilientes ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

Contudo, o teste de Sobel não atestou a significância estatística dos efeitos mediadores referidos. Note-se que vários autores (MacKinnon & Lockwood, 2003; Preacher & Hayes, 2004) defendem que um dos pressupostos para o teste de Sobel ter poder suficiente para detectar efeitos significativos, é que a amostra seja grande. Quanto menor for o tamanho da amostra, menos conservador se torna esse teste. MacKinnon e Lockwood (2003) sugerem que é necessária uma amostra de, pelo menos, 1000 sujeitos para detectar um pequeno efeito; que uma amostra de 100 sujeitos é

suficiente para detectar um efeito médio e que uma amostra de, pelo menos, 50 sujeitos permite detectar um grande efeito. Deste modo, hipotetiza-se que a inexistência de significância estatística nos efeitos mediadores mencionados possa dever-se ao tamanho da sub-amostra constituída pelos sujeitos do sexo feminino ($n = 82$).

Importa referir a existência de limitações metodológicas no presente estudo que estar na origem de certos resultados inesperados.

Tendo em conta que, nesta investigação, as experiências de abuso infantil foram avaliadas somente em relação à frequência dos seus episódios, aponta-se, como limitação, o facto de não terem sido avaliadas outras características dos maus-tratos que também sejam determinantes no impacto que estes têm no desenvolvimento de psicopatologia. Deste modo, de acordo com a literatura (Everett, 2001), interessaria avaliar também os seguintes aspectos: características do perpetrador; a sua relação com a vítima; a duração dos maus-tratos e a idade em que a vítima começou a ser exposta aos mesmos.

Outra limitação metodológica consiste na dimensão da sub-amostra constituída pelos sujeitos do sexo masculino ($n = 35$) que, por não ter um tamanho grande, pode ter comprometido a validade das inferências estatísticas. Apresenta-se este facto como hipótese explicativa para a inexistência de relações significativas, na sub-amostra masculina, entre variáveis que, de acordo com a literatura, deveriam estar correlacionadas de forma significativa. Note-se que, no que respeita a sub-amostra feminina ($n = 82$), de maior dimensão do que a masculina, foram obtidos resultados estatísticos mais próximos do previsto, tendo por base a literatura revista.

Refere-se também como limitação da presente investigação, o facto da sintomatologia depressiva ter sido estudada somente através dos resultados da escala total do CDI, sendo os resultados dos factores do CDI (Anedonia, Ineficácia, Problemas Interpessoais, Humor Negativo e Auto-estima Negativa) excluídos do estudo. Contudo, note-se que esses factores não foram contemplados nos estudos relativos à sintomatologia depressiva por apresentarem consistências internas classificadas, segundo Pestana e Gageiro (2008), como fracas e inadmissíveis.

Por último, acresce-se como outra limitação deste estudo, o facto da recolha de dados ter sido realizada apenas através de instrumentos de auto-resposta ao invés de recorrer a diferentes métodos de avaliação (e.g. entrevistas e medidas fisiológicas de activação emocional).

Não obstante as limitações metodológicas referidas, a presente investigação também possui potencialidades: o seu desenho longitudinal que permite determinar relações de causalidade (Field, 2009); o facto de um dos questionários administrados, o CTQ, avaliar a ocorrência das diferentes formas de maus-tratos existentes, o que permitiu avaliar não só o efeito individual de cada uma, como também a coexistência das mesmas; e as implicações clínicas que este estudo providencia na compreensão dos factores de protecção e os de risco para o desenvolvimento da Perturbação

Depressiva *Major* na adolescência, uma fase crucial do desenvolvimento.

Os resultados obtidos na presente investigação denotam a importância da implementação de programas de prevenção e de tratamento da Perturbação Depressiva *Major* dirigidos aos adolescentes; programas que se focam, entre outros factores, nas estratégias cognitivas de regulação emocional, promovendo o uso das que actuam como factores de protecção em detrimento das que constituem factores de risco para o desenvolvimento desse quadro clínico. Por seu turno, a relação constatada entre a exposição a maus-tratos e o desenvolvimento de sintomatologia depressiva, salienta a importância da conscienciosidade de uma possível ocorrência de maus-tratos e de medidas de prevenção e de intervenção precoce que antecipem ou diminuam as consequências que estes podem acarretar na saúde mental e no desenvolvimento da vítima. Ainda no âmbito da prevenção e do tratamento da Perturbação Depressiva *Major*, é fundamental que os adolescentes expostos a maus-tratos sejam considerados como pertencendo a um sub-grupo específico, uma vez que, segundo Hovens et al. (2009), tendem a responder de forma diferente às medidas interventivas comparativamente aos que não possuem história de maus-tratos.

Uma vez que, na presente investigação, os estudos do efeito mediador se restringiram às estratégias cognitivas de regulação emocional, outras variáveis não contempladas nesta investigação também podem desempenhar um papel mediador ou exercer um outro tipo de efeito indirecto na relação entre os maus-tratos e a sintomatologia depressiva. Por conseguinte, recomenda-se para futuras investigações avaliar se outras variáveis exercem um efeito indirecto nessa relação.

Tendo em conta estudos empíricos que confirmam a existência de relações fortes entre histórias prévias de abuso infantil e perturbações de ansiedade (Macmillan et al., 2001; Molnar et al., 2001; Hovens et al., 2009), bem como da relação entre o uso de estratégias cognitivas de regulação emocional e sintomatologia ansiosa (Garnefski et al., 2007), sugere-se também para investigações futuras o estudo do efeito mediador do uso de estratégias cognitivas de regulação emocional na relação entre exposição a maus-tratos e sintomatologia ansiosa.

No presente estudo, a regulação emocional foi avaliada na sua vertente cognitiva, consciente e interna. No entanto, a forma de lidar com acontecimentos indutores de stresse também é caracterizada por processos externos, inconscientes e/ou comportamentais. Deste modo, refere-se a necessidade de estudar, em investigações futuras, a influência desses processos no desenvolvimento de perturbações emocionais, a respeito de experiências de maus-tratos.

V – Conclusões

Na população feminina, constatou-se que, entre os 12 e os 14 anos, quanto maior for a severidade da sintomatologia depressiva existente, maior

é a probabilidade da mesma aumentar no espaço de um ano. Nos sujeitos do sexo feminino, constatou-se também a existência de estratégias cognitivas de regulação emocional cujo uso mais frequente diminui a probabilidade de desenvolver sintomatologia depressiva: são a Reorganização Positiva, o Replaneamento, a Reavaliação Positiva e o Pôr Noutra Perspectiva, constituindo factores de protecção relativamente à depressão. Por sua vez, a Catastrofização consiste num factor de risco ao desenvolvimento desse quadro clínico. Ainda em relação à população feminina, todas as formas de abuso infantil, à excepção do Abuso Sexual, consituem factores de vulnerabilidade à sintomatologia depressiva. Se for tida em conta a influência conjunta da exposição ao abuso infantil e das diferentes estratégias cognitivas de regulação emocional no desenvolvimento dessa sintomatologia, obtêm-se os seguintes preditores: a frequência de exposição a maus-tratos, a Reorganização Positiva e a Catastrofização. Constatou-se que as próprias características dos maus-tratos (mais especificamente, a frequência) parecem constituir preditores mais fortes do que as estratégias usadas para lidar cognitivamente com esses acontecimentos indutores de stress.

No presente estudo, de acordo com os pressupostos de Baron & Kenny (1986) para testar a existência de um efeito mediador, na sub-amostra feminina, os resultados sugerem a existência de efeitos mediadores parciais da Reorganização Positiva e da Reavaliação Positiva na relação entre exposição a maus-tratos em geral e a sintomatologia depressiva. Por sua vez, a relação entre a exposição a Negligência Física e a Sintomatologia Depressiva é mediada parcialmente pela Reavaliação Positiva, a Reorganização Positiva e o Replaneamento. A relação entre a exposição à Negligência Emocional e Sintomatologia Depressiva está sujeita ao efeito mediador da Reavaliação Positiva e da Reorganização Positiva. Contudo, em nenhum destes modelos preditores, o testes de Sobel atestou a significância estatística dos efeitos mediadores referidos.

Bibliografia

- Alberto, I. M. (2006). *Maltrato e trauma na infância*. Coimbra: Almedina.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais: DSM-IV-TR* (4ª ed. rev.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Abramson, L. Y. Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49–74.
- Arnarson, E. O., & Craighead, W. E. (2009). Prevention of depression among icelandic adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 47,577–585.

- Bahls, S. C. (2002). Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(2), 63- 67.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Bernstein, D. P., Ahluvalia, T., Pogge, D., & Handelsman, L. (1997). Validity of the childhood trauma questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36 (3), 340-348.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., & Ahluvalia, T., (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27, 169–190.
- Broderick, P. (1998). Early adolescent gender differences in the use of ruminative and distracting coping strategies. *The Journal of Early Adolescence*, 18, 173–191.
- Carr, A. (2005). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach*. London: Routledge.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 6-20.
- Collishaw, S., Maughan, B., Goodman, R., & Pickles, A. (2004). Time trends in adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(8), 1350-62.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., & Benson, M. A. (2009). Coping and emotion regulation: implications for understanding depression during adolescence. In Nolen-Hoeksema, S. & Hilt, L. M. (Eds.), *Handbook of depression in adolescents* (pp. 419-439). New York: Routledge.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127, 87-127.
- Dias, P., & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAIC-C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): Estudo normativo para a população portuguesa. In A. P. Soares, S. Araújo, & S. Caires (Eds), *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (vol. VI). Braga: APPORT.
- Essau, C. A., & Chang, W. C. (2009) Epidemiology, comorbidity, and course of adolescent depression. In C.A. Essau (Ed.), *Treatment of adolescent depression: Theory and practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Everett, B. (2001). *The link between childhood trauma and mental illness*. Thousand Oaks: Sage.
- Feldman, S. S., & Elliot, G. R. (1990). *At the threshold: The developing adolescent*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3^a ed.). London: SAGE Publications.
- Fombonne, E., Wostear, G., Cooper, V., Harrington, R., & Rutter, M. (2001). The Maudsley long-term follow-up study of adolescent depression. II. Suicidality, criminality and social dysfunction in adulthood. *British Journal of Psychiatry*, *179*, 218-223.
- Garnefski, N., & Kraaij, V., (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. *European Journal of Psychological Assessment*, *23*(3), 141–149.
- Garnefski, N. & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, *40*, 1659-1669.
- Garnefski, N., Van den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: Comparison between clinical and a nonclinical sample. *European Journal of Personality*, *16*, 403–420.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2002). *CERQ: Manual for the use of Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*. Leiderdorp, The Netherlands: DATEC.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences*, *30*, 1311–1327.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *36*, 41-54.
- Gross, J. J. (2008) Emotion regulation. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (3^a ed.) (pp. 497-512). New York: The Guilford Press.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). New York: The Guilford Press.
- Gross, J. J. (1998a). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, *2*, 271–299.
- Gross, J. J. (1998b). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, *74*, 224–237
- Haas, B. W., Omura, K., Constable, R. T., & Canli, T. (2007). Is automatic emotion regulation associated with agreeableness? A perspective using a social neuroscience approach. *Psychological Science*, *18*(2), 130-132.
- Hovens, J. G., Wiersma, J. E., Giltay, E. J., van Oppen, P., Spinhoven, P., Penninx, B. W., & Zitman, F. G. (2010) Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and

- comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(1), 66-74.
- John, O. P., & Gross, J. J. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). New York: The Guilford Press.
- Kenny, D. A., Kashy, D., & Bolger, N. (1998). Data analysis in social psychology. In D. Gilbert, S. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology* (4^a ed.)(pp. 233-265). New York: McGraw-Hill.
- Lewinsohn, P.M., & Essau, C.A. (2002). Depression in adolescents. In I. H. Gotlib & C.L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 541–559). New York: Guilford Press.
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R., & Andrews, J. A. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133-144
- MacMillan, H., Fleming, J., Streiner, D., Lin, E., Boyle, M., Jamieson, E., Duku, E., Walsh, C., Wong, M., & Beardslee, W. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1878-83.
- MacKinnon, D. P., & Lockwood, C. M. (2003). Advances in statistical methods for substance abuse prevention research. *Prevention Science*, 4(3), 155-171.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics (5ª ed.)* edição. Lisboa: Report Number.
- Marujo, H. A. (2000). Psicopatologia do desenvolvimento e depressão. In I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida*. Coimbra: Quarteto.
- Molnar, B. E., Buka, S. L., Kessler, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91(5), 753-760.
- Nolen-Hoeksema, S., & Jackson, B. (2001). Mediators of the gender difference in rumination. *Psychology of Women Quarterly*, 25, 37–47.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504–511.
- Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115, 424- 443.
- Papadakis, A. A., Prince, R. P., Jones, N. P., & Strauman, T. J. (2006). Self-regulation, rumination and vulnerability to depression in adolescent girls. *Development and Psychopathology*, 18(3), 815–829.
- Pereira, A. R. (2012). Quanto mais me bates, menos gosto de mim: A relação entre o abuso infantil e a depressão na adolescência (Tese de mestrado). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS (5 ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Pine, D. S., Cohen, E., Cohen, P., & Brook, J. (1999). Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: Moodiness or mood disorder? *American Journal of Psychiatry*, *156*, 133–135.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, *36* (4), 717-731.
- Rose, D. T., & Abramson, L. Y. (1992). Developmental predictors of depressive cognitive style: Research and theory. In D. Cicchetti & S. Toth (Eds.), *Rochester symposium of developmental psychopathology* (Vol. IV, pp. 323-349). Rochester, New York: University of Rochester Press.
- Sadler, L. S. (1991). Depression in adolescents. Context, manifestations, and clinical management. *The Nursing Clinics of North America*, *26*(3), 559-72.
- Saluja, G., Iachan, R., Scheidt, P. C., Overpeck, M. D., Sun, W., & Giedd, J. N. (2004). Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *158*, 760-765.
- Saarni, C., Mumme, D. L., & Campos, J. J. (1998). Emotional development: Action, communication, and understanding. In W. Damon, & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of Child Psychology: Vol. 3. Social, emotional and personality development* (5^a ed., pp. 237-309). New York: Wiley.
- Shortt, M. R. (2006). Risk and protective factors for depression in youth. *Behavior Change*, *23*(1), 1-30.
- Silk, J. S., Steinberg, L., & Morris, A. S. (2003). Adolescents' emotion regulation in daily life: Links to depressive. *Child Development*, *74* (6), 1869 – 1880.
- Simões, M. (1999) A depressões em crianças e adolescentes: elementos para a sua avaliação e diagnóstico. *Psychologica*, *21*, 27-64.
- Smith, M., Calam, R., & Bolton, C. (2009). Psychological factors linked to self-reported depression symptoms in late adolescence. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *37*(1), 73-85.
- Starr, R., MacLean, D., & Keating, D. (1991). Life-span developmental outcomes of child maltreatment. In R. Starr & D. Wolfe (Eds.), *The effects of child abuse and neglect: Issues and research*. New York: The Guilford Press.
- Wade, T. J., Cairney, J., & Pevalin, D. J. (2002). Emergence of gender differences in depression during adolescence: National panel results from three countries. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *41*, 190–198.
- Wichstrom, L. (1999). The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: The role of intensified gender socialization. *Developmental Psychology*, *35*, 232-245.

Anexos

Anexo I – Tabelas relativas à caracterização da amostra:

Tabela A1. Características sócio-demográficas da amostra no Tempo 1;

Tabela B2. Características sócio-demográficas da amostra no Tempo 2.

Anexo II – Tabelas relativas ao estudo das diferenças de idade nas variáveis CERQ, CTQ e CDI:

Tabela C6. Diferenças de idade no uso das estratégias cognitivas de regulação emocional (Tempo 1), no género feminino;

Tabela D7. Diferenças de idade no uso das estratégias cognitivas de regulação emocional (Tempo 1) no género masculino;

Tabela E8. Diferenças de idade na exposição a maus-tratos (Tempo 1), no género feminino;

Tabela F9. Diferenças de idade na exposição a maus-tratos (Tempo 1), no género masculino;

Tabela G10. Diferenças de idade na sintomatologia depressiva (Tempo 2), no género masculino;

Tabela H11. Diferenças de idade na sintomatologia depressiva (Tempo 2), no género feminino.

Anexo III – Questionários integrados no protocolo de avaliação aplicado:

Inventário de Depressão Infantil (CDI - *Children's Depression Inventory*; Kovacs, 1983; versão Portuguesa: Marujo, 1994);

Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein, D. P. & Fink, L., 2004; tradução e adaptação Cherpe, S.; Matos, A. P. & Pereira A. R., 2010);

Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ, Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P., 2001; tradução e adaptação de Cherpe, S., Matos, A. P., & Serra, A. R., 2009).

Anexo I – Tabelas relativas à caracterização da amostra

Tabela A1. Características sócio-demográficas da amostra no Tempo 1

	Género				Total		<i>t</i>	<i>p</i>
	Masculino		Feminino		(N=117)			
	(n = 35)		(n = 82)					
	M	DP	M	DP	M	DP		
Idade	13.03	0.66	13.17	0.64	13.13	0.65	-1.083	0.281
Ano de Escolaridade	7.64	0.56	7.91	0.55	7.83	0.56	-2.105	0.040
	Masculino		Feminino		Total		χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%		
Reprovação								
Pelo menos, uma vez	2	5.7	5	6.1	7	6.0	0.006	0.936
Nunca	33	94.3	77	93.9	110	94.0		
Região do País								
Norte litoral	1	2.9	7	8.5	8	6.8	1.271	0.530
Centro litoral	18	51.4	41	50.0	59	50.4		
Centro interior	16	45.7	34	41.5	50	42.7		
Zona de Residência								
Urbana	32	91.4	70	85.4	102	87.2	1.125	0.570
Sub-urbana	2	5.7	10	12.2	12	10.3		
Rural	1	2.9	2	2.4	3	2.6		

Tabela B2. Características sócio-demográficas da amostra no Tempo 2

	Género				Total		<i>t</i>	<i>p</i>
	Masculino		Feminino		(N = 117)			
	M	DP	M	DP	M	DP		
Idade	14.03	0.64	14.17	0.64	14.13	0.65	-1.083	0.281
Ano de Escolaridade	8.63	0.55	8.88	0.53	8.80	0.55	-2.280	0.026
	Masculino		Feminino		Total		χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%		
Reprovação								
Pelo menos, uma vez	2	5.7	5	6.1	7	6.0	0.006	0.936
Nunca	33	94.3	77	93.9	110	94.0		
Região do País								
Norte litoral	1	2.9	7	8.5	8	6.8	1.271	0.530
Centro litoral	18	51.4	41	50.0	59	50.4		
Centro interior	16	45.7	34	41.5	50	42.7		
Zona de Residência								
Urbana	32	91.4	70	85.4	102	87.2	1.125	0.570
Sub-urbana	2	5.7	10	12.2	12	10.3		
Rural	1	2.9	2	2.4	3	2.6		

Anexo II - Tabelas relativas ao estudo de diferenças de idade nas variáveis CERQ, CTQ e CDI

Tabela C6. Diferenças de idade no uso das estratégias cognitivas de regulação emocional (Tempo 1), no género feminino

	Idade						Total	
	12 anos		13 anos		14 anos		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Culpabilização	9.09	2.17	10.72	3.33	9.96	3.58	1.245	0.293
Aceitação	10.18	3.40	13.15	3.10	12.44	3.22	3.905	0.024
Ruminação	11.09	3.05	12.85	3.29	12.96	4.12	1.237	0.296
Reorganização Positiva	12.36	4.06	12.46	4.18	13.32	3.83	0.412	0.664
Replaneamento	13.73	3.80	13.98	3.49	14.00	3.44	0.026	0.974
Reavaliação Positiva	12.09	3.65	13.11	3.95	12.88	3.90	0.303	0.739
Pôr Noutra Perspectiva	10.45	2.46	12.13	3.27	11.64	3.68	1.157	0.320
Catastrofização	6.82	2.00	9.59	3.62	11.16	4.16	5.494	0.006
Culpa no Outro	6.27	1.74	8.35	3.37	8.36	4.12	1.712	0.187

Tabela D7. Diferenças de idade no uso das estratégias cognitivas de regulação emocional (Tempo 1) no género masculino

	Idade						Total	
	12 anos		13 anos		14 anos		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Culpabilização	11.14	3.63	11.55	3.56	8.38	3.66	2.282	0.118
Aceitação	13.57	4.86	11.10	2.88	9.50	4.31	2.334	0.113
Ruminação	11.29	4.72	11.30	2.49	9.50	3.89	0.891	0.420
Reorganização Positiva	13.57	4.69	13.50	4.19	9.00	3.59	3.635	0.038
Replaneamento	14.71	3.77	13.50	3.94	10.63	3.62	2.386	0.108
Reavaliação Positiva	15.86	4.22	13.70	3.60	11.25	5.20	2.360	0.111
Pôr Noutra Perspectiva	12.43	4.72	13.00	3.03	8.50	2.27	5.520	0.009
Catastrofização	8.86	5.73	10.80	2.80	9.50	4.50	0.770	0.471
Culpa no Outro	8.43	4.20	8.50	3.40	7.88	3.56	0.089	0.915

Tabela E8. Diferenças de idade na exposição a maus-tratos (Tempo 1), no género feminino

	Idade						Total	
	12 anos		13 anos		14 anos		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Abuso Emocional	5.91	1.04	6.59	2.21	6.08	1.71	0.871	0.427
Abuso Físico	5.09	0.30	5.09	0.46	5.48	1.05	2.870	0.063
Abuso Sexual	5.00	0.00	5.13	0.45	5.52	1.53	1.895	0.157
Negligência Emocional	6.91	2.59	7.13	2.95	7.68	4.09	0.300	0.742
Negligência Física	5.64	1.50	5.39	1.13	5.48	1.16	0.199	0.820
Itens de Validade	12.64	3.08	12.11	2.53	12.32	2.38	0.204	0.816
CTQ Total	28.55	4.03	29.33	5.21	30.24	7.10	0.383	0.683

Tabela F9. Diferenças de idade na exposição a maus-tratos (Tempo 1), no género masculino

	Idade						Total	
	12 anos		13 anos		14 anos		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Abuso Emocional	7.14	3.98	7.10	3.57	7.88	3.48	0.137	0.872
Abuso Físico	5.00	0.00	6.25	2.67	8.38	5.53	2.065	0.143
Abuso Sexual	5.00	0.00	5.95	2.65	7.50	3.93	1.633	0.211
Negligência Emocional	8.14	3.53	8.80	4.90	8.75	4.65	0.055	0.947
Negligência Física	5.71	7.50	6.00	2.39	7.88	3.68	1.799	0.182
Itens de Validade	11.71	3.45	10.95	1.93	10.25	2.25	0.720	0.494
CTQ Total	31.00	6.92	34.10	13.73	40.38	18.77	0.906	0.414

Tabela G10. Diferenças de idade na sintomatologia depressiva (Tempo 2), no género masculino

	Idade						Total	
	13 anos		14 anos		15 anos		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Total CDI	5.29	3.20	8.50	4.88	9.38	7.39	1.278	0.292

Tabela H11. Diferenças de idade na sintomatologia depressiva (Tempo 2), no género feminino

	Idade						Total	
	13 anos		14 anos		15 anos		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Total CDI	9.91	5.99	9.63	5.56	10.56	6.85	0.192	0.825

Anexo III – Questionários integrados no protocolo de avaliação aplicado

De seguida, são apresentados exemplos de itens de resposta dos questionários que integram o protocolo de avaliação aplicado na presente investigação:

- Inventário de Depressão Infantil (CDI - *Children's Depression Inventory*; Kovacs, 1983; versão Portuguesa: Marujo, 1994);

- *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ; Bernstein, D. P. & Fink, L., 2004; tradução e adaptação Cherpe, S.; Matos, A. P. & Pereira A. R., 2010);

- *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (CERQ, Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P., 2001; tradução e adaptação de Cherpe, S., Matos, A. P., & Serra, A. R., 2009).

CDI

(M. Kovacs P. D. D., 1983)

As crianças e adolescentes pensam e sentem de maneira diferente uns dos outros.

Este inventário apresenta vários grupos de sentimentos e ideias.

Escolhe em cada grupo *apenas uma frase* que mostre melhor aquilo que tens pensado e sentido nas *duas últimas semanas*. Só depois de teres escolhido uma frase de um grupo é que avanças para o grupo seguinte.

Não há respostas certas ou erradas.

Escolhe apenas a frase que melhor descreve a tua forma de sentir e de pensar nos últimos tempos.

Faz uma X no quadrado que corresponde à frase que escolheste.

Tens em baixo um exemplo para aprender a preencher este inventário.

Experimenta. Coloca a cruz ao lado da frase que melhor te descreve.

Exemplo:

Leio livros muitas vezes

Leio livros de vez em quando

Nunca leio livros

Lembra-te que deves escolher as frases que melhor descrevem os teus sentimentos e ideias nas duas últimas semanas.

1. Às vezes sinto-me triste

Sinto-me quase sempre triste

Sinto-me sempre triste

2. Nunca nada me vai correr bem

Não tenho a certeza de que as coisas me venham a correr bem

As coisas vão-me correr bem

3. Faço quase tudo bem

Faço muitas coisas mal

Faço tudo mal

4. Divirto-me com muitas coisas

Divirto-me com algumas coisas

Nada é divertido para mim

5. Sou sempre mau/má

Sou mau/má muitas vezes

Sou mau/má de vez em quando

CTQ

(Bernstein, D. P. & Fink, L., 2004; tradução e adaptação Cherpe, S. ; Matos, AP & Pereira & A. R., 2010)

INSTRUÇÕES

As perguntas que encontrarás a seguir são sobre algumas das tuas experiências enquanto crescias, como criança e como adolescente. Embora essas questões sejam de natureza pessoal, por favor, procura responder o mais honestamente possível. Para cada questão, faz um círculo à volta do ponto abaixo da resposta que melhor descreve como te sentes. Se quiseres alterar a tua resposta, põe um "X" na resposta que queres mudar e faz um novo círculo na tua nova escolha.

Exemplo de uma resposta corrigida:

Primeira resposta:

Nunca verdadeiro	Raramente Verdadeiro	Algumas vezes verdadeiro	Frequentemente verdadeiro	Muito frequentemente verdadeiro
●	●	●	●	●

Resposta Alterada:



Nunca verdadeiro	Raramente Verdadeiro	Algumas vezes verdadeiro	Frequentemente verdadeiro	Muito frequentemente verdadeiro
●	●	●	●	●



Enquanto crescias...	Nunca verdadeiro	Raramente Verdadeiro	Algumas vezes verdadeiro	Frequentemente verdadeiro	Muito frequentemente verdadeiro
1. Eu não tinha o suficiente para comer.	●	●	●	●	●
2. Eu sabia que havia alguém para cuidar de mim e para me proteger.	●	●	●	●	●
3. Pessoas da minha família chamavam-me coisas como “estúpido(a)”, “preguiçoso(a)” ou “feio(a)”.	●	●	●	●	●
4. Os meus pais estavam demasiado bêbedos ou drogados para tomar conta da família.	●	●	●	●	●
5. Havia alguém da minha família que me ajudava sentir que eu era importante ou especial.	●	●	●	●	●

CERQ

(Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P., 2001; Tradução e Adaptação de Cherpe, S., Matos, A. P., & Serra, A. R., 2009)

Instruções

Como é que lidas com os acontecimentos?

Todas as pessoas são confrontadas com acontecimentos negativos ou desagradáveis, de vez em quando, e respondem a estes à sua própria maneira. Através das seguintes questões é-te pedido para indicares **o que é que geralmente pensas quando te acontecem acontecimentos negativos ou desagradáveis.**

Por favor, lê as questões abaixo e indica com que frequência tens os seguintes pensamentos assinalando, com um círculo, um número de 1 a 5, de acordo com a resposta que melhor se aplica a ti.

Não existem respostas certas ou erradas.

NOTA: Por favor, assegura-te que respondes a todas as questões que estão na frente e verso de cada folha.

	(quase) nunca	às vezes	regular mente	muitas vezes	(quase) sempre
1. Sinto que sou o culpado por isto.	1	2	3	4	5
2. Penso que tenho de aceitar que isto aconteceu.	1	2	3	4	5
3. Penso muitas vezes no que sinto acerca do que me aconteceu.	1	2	3	4	5
4. Penso em coisas mais agradáveis do que aquela que me aconteceu.	1	2	3	4	5
5. Penso no que posso fazer de melhor.	1	2	3	4	5